FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 64

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Novembre 1904, à 1 heure

PAR

Maurice CHEDEVILLE

DU PLACENTA PRŒVIA

LES DYSTOCIES QU'IL PEUT ENGENDRER EN DEHORS DES HÉMORRAGIES

Président : M. **CORNIL**, Professeur.

Juges : MM. **RAYMOND**, Professeurs.
TROISIER } Agrégé.
BEZANÇON }

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. BERGER. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY.	DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.
BALTHAZARD.	DESGREZ	LEGRY.	RENON.
BEZANÇON.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BRANCA.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef des trav. anat.
BRINDEAU.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BROCA(André).	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
CARNOT.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
CLAUDE.	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CUNEO.	JEANSELME.	MERY.	
	LABBE.	MORESTIN.	
	LANGLOIS.	POTOCKI.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIDON

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. TERRIER, GOSSET, DE LAPERSONNE,
MICHAUX, GOURAUD, LION, THIBIERGE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. LEROUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN EN CHEF DU DISPENSAIRE FURTADO-HEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous prions M. le professeur CORNIL, de croire à toute notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Il appartient à d'autres, plus autorisés que nous, d'apprécier la valeur du savant : son grand mérite, sa science profonde sont dignes d'autres louanges que les nôtres. Qu'il nous suffise de lui dire qu'il a l'estime et l'amitié de tous pour la droiture, la bonté, la bienveillance dont sont empreints tous ses actes.

A M. le professeur-agrégé BONNAIRE, nous offrons le témoignage de notre plus profonde reconnaissance : il a su nous faire comprendre toute l'importance de l'Obstétrique et il a su nous la faire aimer ; enfin, il nous a ouvert son service et procuré tous les moyens de mener à bien notre thèse. Nous l'en remercions bien sincèrement.

Ce serait manquer à notre devoir que de rester muet à l'endroit de M. le docteur BUÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Nous avons largement profité de ses leçons et de ses conseils : lui aussi a droit à une grande part dans notre reconnaissance et nos souvenirs.

DU PLACENTA PRŒVIA

LES DYSTOCIES QU'IL PEUT ENGENDRER EN DEHORS DES HÉMORRAGIES

INTRODUCTION

« L'attache particulière du placenta dans la matrice, est souvent la cause déterminante de plus ou moins de facilité ou de difficulté de l'accouchement dans les femmes bien conformées. » (LEVRET. L'*Art des acc.*,. 1761, p. 36).

Lorsque le gâteau placentaire s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur, on dit qu'il y a *Insertion vicieuse du placenta*, qu'il y a *Placenta prævia*.

Ces deux expressions sont critiquables. Il y a évidemment insertion vicieuse chaque fois que la situation du placenta cause ou complique une dystocie, ne serait-ce que son insertion sur le fond de la matrice déterminant ou tout au moins favorisant une inversion utérine. Ensuite, le plus grand nombre des placentas qui s'insèrent sur le segment inférieur, ne sont pas prævias au sens étymologique,

Quoi qu'il en soit, l'usage s'est maintenu de dire « Insertion vicieuse » et surtout « Placenta prævia » pour désigner le placenta inséré bas, c'est-à-dire

chaque fois qu'il existe moins de 8 centimètres entre le bord du placenta et le bord de la déchirure des membranes (signe de Barnes).

On distingue 4 variétés anatomiques dans l'insertion vicieuse :

1° L'insertion *latérale*, dans laquelle le bord inférieur du placenta reste à une distance plus ou moins grande de l'orifice ;

2° L'insertion *marginale*, dans laquelle le bord du placenta arrive au contact de l'orifice interne ;

3° L'insertion *centrale partielle*, dans laquelle le placenta empiète sur une certaine portion de l'orifice interne ;

4° L'insertion *centrale complète*, ou encore placenta inséré *centre pour centre*, dans laquelle le placenta recouvre entièrement l'orifice interne, même complètement dilaté.

L'existence de la dernière variété d'insertion a soulevé de brûlantes controverses qui sont à peine terminées ; cependant M. Demelin semble avoir clos la discussion. « La variété complète de l'insertion vicieuse, encore appelée insertion totale, centrale ou centre pour centre est rare en clinique ; si rare que des maîtres dirigeant de grandes Maternités ne l'ont jamais rencontrée ; son existence même a été contestée.

« Sans remonter aux temps éloignés de nous, il est facile de trouver des observations ; — 40 cas ont été rassemblés par nous, parmi lesquels 22 proviennent de quelques services d'accouchement parisiens, tels

que la Maternité, la Clinique de la rue d'Assas, la Charité, la Pitié, Lariboisière ; — 8 fois l'autopsie est relatée et 4 fois nous étions présent ou nous l'avons pratiquée nous-même.

« L'existence de la variété complète est donc démontrée : la définition la plus précise est la suivante : c'est l'insertion dans laquelle les cotylédons placentaires recouvrent entièrement l'orifice utérin complètement dilaté ou suffisamment dilatable pour que l'utérus puisse être évacué (1). »

Ces quatre variétés anatomiques d'insertion font encore quatre variétés de fréquence, quatre degrés de gravité, les plus basses étant les plus rares et les plus redoutables.

Elles sont redoutables, disent la plupart des auteurs classiques, surtout par l'hémorragie qu'elles déterminent. Hémorragie des trois derniers mois de la grossesse, du travail et de la délivrance ; hémorragies par décollement du placenta, indolores, survenant brusquement, abondantes d'emblée, mais le plus souvent d'abondance modérée, se répétant et croissant tant en fréquence qu'en abondance ; hémorragie sans gros caillots, parce que le sang s'écoule directement à l'extérieur ; — ne se produisant pas toujours, mais *inévitables* dans les deux plus dangereuses variétés, le placenta prævia partiel et le placenta prævia central ; pertes de sang anémiant la

(1) Demelin. — *Annales de la Société Obstétricale de France, 1893.*

femme, pouvant amener la syncope et finalement la mort, dans la proportion de 10 à 20 pour 100; — anémiant aussi le fœtus, mais le faisant plutôt mourir par asphyxie dans un tiers des cas.

Guillemeau, déjà, semble avoir entrevu d'où venait le sang de ces hémorragies : « Souvent, dit-il, les femmes grosses jettent et perdent quantité de sang par en bas, qui est le conduit naturel : tel sang découle ou des veines qui sont situées au col de la matrice, ou du corps et capacité d'icelle : il peut aussi sortir ou de l'arrière-faix, ou des veines qui s'abouchent avec celui-ci par lesquelles l'enfant prend la nourriture (1). »

Mais c'est Mauriceau qui, le premier, comprit à peu près le mécanisme de l'hémorragie. Il rapporte brièvement, dans une de ses observations, l'histoire d'une femme qui fut prise pendant sa grossesse d'une violente hémorragie ; seule l'extraction du fœtus amena la cessation de cette perte de sang qui « avait été causée par le détachement de l'arrière-faix qui se présentait le premier (2).

Les idées qu'on avait sur ces hémorragies étaient bien vagues encore. Personne n'admettait que l'insertion placentaire pût se faire en un autre endroit que le fond de la matrice. Puzos insiste encore sur la chute du placenta du fond sur la partie basse de

(1) Jacques Guillemeau. — *De l'heureux accouchement des femmes. Où* etc... Paris, 1609-1620.

(2) François Mauriceau.— *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchees.* Paris, 1712-1721.

l'utérus, sans même mentionner l'insertion du placenta au voisinage du col comme cause d'hémorragie. « Les pertes de sang sur la fin de la grossesse peuvent, dit-il, avoir différentes causes, mais la plus ordinaire est le décollement de quelques parties du placenta d'avec le fond de la matrice (1).

En somme, c'est après les travaux de Levret (2) sur les insertions diverses du placenta, c'est quand il eut montré les rapports de l'insertion et de l'hémorragie qu'on commença à voir quelque chose dans la question.

Mais, si la cause était mal connue, le pronostic l'était assez, et bien avant A. Paré et Guillemeau, la question du traitement était à l'ordre du jour.

Après Levret, nous voyons l'hémorragie due à l'insertion vicieuse du placenta très redoutée et Paul Dubois (3) exprimait l'idée qu'on en avait, quand il disait : « Si quelque chose pouvait me faire renoncer à la pratique des accouchements, ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies par insertion vicieuse. »

Depuis lui l'état de la question n'a guère changé. Certes, la technique des différentes interventions s'est perfectionnée ; l'antisepsie, là comme partout, a produit ses bons effets : l'hémorragie par insertion vicieuse a conservé un fâcheux pronostic,

(1) Puzos. — *Traité des accouchements.* Paris, 1759.

(2) André Levret. *L'Art des accouchements.* Paris, 1767. — *Observations sur les causes.* Paris, 1762.

(3) M. Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des accouchements.* t. III, p. 580.

elle est toujours considérée comme l'une des plus graves complications de la grossesse, sinon comme la plus grave.

Cependant, a-t-on le droit de rapporter à la seule hémorragie une mortalité de 10 à 20 pour 100 pour les mères et d'un tiers pour les enfants ? Il ne nous le semble pas. Dans les cas très fréquents où le symptôme hémorragie existe seul, sans complication autre du côté de la femme ou du fœtus (infection, inertie utérine, présentation défectueuse, procidence du cordon, etc.), sans dystocie causée par la présence du placenta lui-même ; si surtout celui-ci ne vient pas gêner le traitement : l'hémorragie ne semble pas causer une si grande mortalité, tant pour les mères que pour les enfants. Et tous les accoucheurs savent que bien des grossesses avec placenta prævia hémorragique vont jusqu'à terme et se terminent sans incident.

C'est, qu'en effet, il y a autre chose que l'hémorragie à considérer dans l'insertion vicieuse ; il y a la dystocie que nous appellerons mécanique, bien qu'elle ne soit pas toujours que mécanique. C'est elle qui, la plupart du temps, complique fâcheusement l'hémorragie et la rend funeste.

« L'hémorragie, comme le dit J.-P. Maygrier, n'est, pour ainsi dire, qu'une circonstance accidentelle et ne constitue pas essentiellement la nature de l'accident à combattre. Mais la circonstance fâcheuse, c'est l'implantation du placenta dans les environs du col, c'est la présence de cette masse

spongieuse autour de son orifice, qui est le véritable accident redoutable (1). »

L'hémorragie est le « symptôme fondamental (2), l'idée même de sa probabilité domine toute la question au point de vue clinique (3) », mais le placenta prœvia hémorragique peut cependant présenter d'autres grands symptômes, d'autres grandes complications.

D'un autre côté, si l'hémorragie par placenta prœvia a un pronostic sombre, nous l'avons exposé, les statistiques nous montrent qu'elle ne se produit, en moyenne, qu'une fois sur 250 accouchements dans les hôpitaux et une fois sur mille dans la pratique générale. Or, l'insertion vicieuse du placenta existe très fréquemment; dans un quart des accouchements, on la rencontre. On devrait en conclure, puisqu'il n'occasionne l'hémorragie que très peu souvent, que le placenta prœvia a un pronostic bénin et que sa présence n'est guère remarquable. Il n'en est pas ainsi. Le placenta prœvia peut être très dystocique, encore que le symptôme hémorragie n'existe pas.

Ce sont ces diverses dystocies que nous nous proposons d'étudier au cours de notre thèse, qu'elles soient ou non accompagnées d'hémorragie.

---

(1) J.-P. Maygrier. — *Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements*. Paris, 1814-1817.

(2) L. Dubrisay et C. Jeannin. — *Précis d'accouchement*. Paris, 1903.

(3) Tarnier et Budin. — *Loc. cit.*, p. 594.

CHAPITRE I

Le placenta prœvia pendant la grossesse

Pendant les six premiers mois de la grossesse, le placenta prœvia est assez silencieux.

Pourtant le placenta prœvia peut causer la *fausse-couche*. « Il exerce ainsi son action nocive dès les premiers mois de la grossesse (1). » Peut-être est-ce en provoquant des contractions par sa présence près du col ? Peut-être aussi, en se décollant dès les premières contractions qu'il n'a pas provoquées, rend-il l'*avortement inévitable* ?

Le nombre des observations d'avortement par insertion vicieuse est relativement restreint, non que cette cause soit peu fréquente, mais parce qu'il n'est pas toujours possible de constater l'insertion vicieuse du placenta lorsqu'il s'agit d'un avortement,

Le placenta prœvia devient plus dangereux au fur et à mesure qu'on s'approche du septième mois. A partir de cette époque, nous savons que son décollement provoque l'hémorragie, « car la perte ne commence que quand il y a décollement du placenta »

(1) A. Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. *Précis d'Obstétrique, 1900.*

(Stoltz) (1). Mais il provoque aussi des *contractions intempestives* qui ne s'arrêtent guère, et nous avons l'*accouchement prématuré*. « Le placenta appliqué sur l'orifice provoque des douleurs d'enfantement dès qu'il est décollé sur une certaine étendue de sa surface ; aussi l'accouchement est-il presque toujours prématuré. » (Stoltz.)

Cet accident est donc très fréquent : on peut dire qu'il survient environ chez le tiers des femmes, dont le placenta empiète sur le segment inférieur (Ribemont-Dessaignes et Lepage (2).

Comment s'opère ce décollement du placenta, cause ordinaire de tout le mal ? Bien des théories ont été proposées pour l'expliquer. Nous ne les exposerons pas toutes.

Depuis Levret jusqu'à Jacquemier, on pensait que le col en s'ouvrant, pour prendre part à l'ampliation de la cavité utérine, produisait ce décollement. Malheureusement pour cette théorie, qui paraissait si claire et qui fut acceptée comme vraie pendant si longtemps, Stoltz vint démontrer que le col ne prenait aucune part au développement de la cavité utérine, si ce n'est dans les derniers quinze jours de la grossesse ; il fallait chercher une autre explication et ce fut Jacquemier qui la trouva.

Jacquemier (3) admet avec raison que pendant les

---

(1) Stoltz. *Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques : Jaccoud, 1870. Art. Dystocie.*

(2) *Loc. cit.*

(3) Jacquemier. *Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1846.*

deux premiers tiers de la grossesse, l'utérus se développe surtout par son fond, par sa partie supérieure, tandis que dans les derniers trois mois c'est principalement le segment inférieur qui fournit à l'ampliation de l'organe ; d'autre part vers cette même époque, le placenta atteint son développement total ; d'où il résulte que, si le segment inférieur continue à se développer, le placenta ne peut le suivre. Ce serait donc un défaut de parallélisme entre le développement du placenta et celui du segment inférieur, qui, d'après Jacquemier, causerait le décollement. Cette rapidité de l'ampliation du segment inférieur serait d'autant plus considérable que cette portion de la cavité utérine, d'abord relativement étroite par rapport à l'ensemble de l'œuf, s'accroît à ce moment plus vite et sur une plus grande étendue, de là des tiraillements du placenta, une distension de cet organe qui entraîne son décollement.

La théorie de Jacquemier se trouve complétée par celle de Mathews Duncan (1), du moins en ce qui a trait au travail. Pour lui, c'est par expansion que l'utérus se décollerait du placenta. On a une idée très exacte de cette théorie de l'expansion par cette image de M. Budin.

« Supposons qu'un fœtus soit contenu dans l'intérieur d'un de ces sacs en caoutchouc, dont on se sert en médecine, et qu'il doive sortir par le canal cylindrique qui permet l'introduction des morceaux de

(1) Duncan (Mathews). *Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique.., etc. Trad. par P. Budin. Paris 1876.*

glace, on sera obligé de dilater considérablement ce canal. Si, au lieu de dilater ce canal cylindrique par son orifice extérieur, nous faisions une ouverture au niveau du fond du sac, les mains étant introduites de haut en bas, l'extrémité des doigts pénètrerait, pourrait passer entre la partie fœtale et le canal cylindrique de sa partie supérieure à sa partie inférieure. En écartant alors les deux mains avec une certaine force, on pourrait arriver à constituer un canal qui permettrait le passage du fœtus. Si on examine, alors, ce qui se passe au niveau du segment inférieur du sac, en rapport avec le canal cylindrique, on voit que pour arriver à permettre le passage du fœtus, cette partie elle-même du sac aura été considérablement tiraillée, distendue et refoulée de dedans en dehors. En un mot, elle aura dû subir un mouvement d'expansion considérable. Un phénomène analogue se passe dans l'utérus au moment de l'accouchement... » (Budin) (in Bitot. Thèse 1880) (1).

« Le mécanisme du décollement, dit M. Bonnaire, consiste en un clivage qui s'effectue entre le gâteau placentaire et son substratum de caduque. Le clivage est dû à ce que le placenta ne suit pas la paroi du segment inférieur, tant dans l'expansion circulaire, en cupule, que dans l'élongation qu'elle subit sous l'action des contractions du corps de l'utérus.

« Entraîné de bas en haut par les contractions

(1) in Bitot (Paul). — *Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse de Paris, 1880.*

utérines, le placenta ne peut obéir à ce mouvement, retenu qu'il est à sa partie la plus déclive, par la tension des membranes qui s'attachent à son bord (Schroder). En effet, la contraction utérine, qui agit en élongeant le segment inférieur, a en même temps pour action, en raison de la direction que suit la résultante des forces qu'elle développe, de refouler de haut en bas l'extrémité inférieure de la coque membranue de l'œuf. Fixé ainsi par son bord inférieur, le placenta ne peut se déplacer de bas en haut, en même temps que les lamelles musculaires du segment inférieur (Bonnaire) (1) ».

On voit donc, comme le placenta, quand il est inséré bas, peut se décoller pendant la grossesse, d'où la fausse couche, l'avortement inévitable et l'accouchement prématuré.

(1) Bonnaire (E.) — *Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide. La Presse médicale, n° du 14 août 1897.*

CHAPITRE II

Accouchement naturel.

1° le Travail.

Prématuré ou à terme, l'accouchement peut présenter diverses difficultés d'inégale gravité causées par le placenta prœvia.

Tout d'abord, il peut être entravé dans ses phénomènes du début, dans ses *phénomènes physiologiques.*

Les *contractions utérines* sont souvent faibles, *insuffisantes*, irrégulières; cette insuffisance peut aller jusqu'à *l'inertie utérine*, grave par l'hémorragie qu'elle favorise.

Ces défauts tiennent sans doute à des hémorragies antérieures qui ont affaibli l'organisme de la femme; mais la cause en est aussi en ce que le réflexe utérin est peu marqué : la partie fœtale reste élevée et appuie mal sur le col, la présence du placenta l'empêchant de descendre.

Un autre symptôme se joint souvent à l'irrégularité des contractions utérines, les *douleurs de*

reins. Ce sont des douleurs qui, pendant les contractions, s'irradient dans les régions lombaires et sacrée ; elles sont très pénibles. Leur cause principale résulte de ce que la tête fœtale appuie mal sur le segment inférieur ; or, c'est ce qui a lieu dans l'insertion vicieuse du placenta (défaut de flexion de la tête, inclinaison trop accusée, etc.). Nous en citons plusieurs cas dans nos observations.

Les *membranes peuvent se rompre prématurément* : c'est un incident fréquent dans l'insertion vicieuse. La première conséquence, c'est l'*infection* très facile, surtout si le fœtus est mort.

En outre, il s'ensuit un *écoulement du liquide amniotique* se produisant un temps plus ou moins long avant le début du travail. Cela peut être un événement heureux : souvent, lorsque les membranes sont ainsi rompues, il ne survient plus d'hémorragie jusqu'au début du travail. Il ne peut en être ainsi qu'avec les présentations longitudinales où « la rupture des membranes est souvent alors le signal d'arrêt de l'hémorragie » (Bué). Le mécanisme est facile à s'imaginer. La présentation de forme arrondie appuie sur le placenta, l'applique sur la paroi utérine en le comprimant un peu : il y a hémostase momentanée. Le fœtus peut bien en souffrir quelque peu, mais le danger maternel est écarté pour un temps. En outre, une présentation arrondie, comme c'est le cas pour les présentations longitudinales, s'oppose mieux à une grande issue du liquide.

Dans les présentations transversales, il n'en est plus ainsi : l'hémostase spontanée est impossible et l'écoulement du liquide se fait en grande quantité, pour ne pas dire entièrement ; alors, ou les contractions sont faibles et rares, et la tension intra-utérine disparaissant peut faciliter l'hémorragie qui redouble de quantité ; ou elles sont normales et même fortes, et le fœtus souffre, n'étant plus protégé par le liquide.

La rupture prématurée des membranes, avec issue du liquide amniotique, entrave l'intervention la plus souvent indiquée, la version, qui devient presque impossible.

Les membranes ne se rompent pas toujours prématurément. Il peut se former une *poche des eaux* dont les caractères varient suivant que la présentation est plus ou moins entocique et suivant la variété d'insertion placentaire.

D'autre part, la poche des eaux peut faire défaut, encore que les membranes ne soient pas rompues : il en est ainsi dans le cas d'insertion centrale du placenta.

De ce qui précède, on peut déduire ce que doit être la *dilatation du col*. Les contractions de l'utérus sont faibles, insuffisantes, nous avons dit ; la pression exercée sur les bords de l'orifice par la poche des eaux et par la partie fœtale est presque nulle. La dilatation se fait donc lentement et mal ; elle se fait d'une façon irrégulière, à cause du voisinage du placenta qui gêne la formation du segment inférieur.

Il y aurait aussi une sorte de fausse rigidité du col, un peu analogue à celle qu'on observe lorsque l'obstacle à la descente et à l'engagement de la partie fœtale provient d'un rétrécissement du bassin (Ribemont Dessaignes et Lepage) (1).

Enfin, il existe une raison anatomique à cette insuffisance de dilatation. « Les recherches récentes de Boyer semblent avoir donné la preuve anatomique du fait avancé par Barnes. Il résulterait, en effet, de ces recherches que les fibres musculaires de la paroi du segment inférieur présentent un défaut de développement et sont moins nombreuses que dans les cas où la paroi du segment inférieur est libre d'insertion placentaire. A ces modifications histologiques correspondrait un manque d'élasticité des parois du segment inférieur » (2).

Ajoutons que les éléments vasculaires qui prédominent, au moins du côté où est situé le placenta, ne sont pas très dilatables quoique très fragiles, ce qui est gros de conséquences comme nous le verrons par la suite.

Dans l'insertion centrale, la dilatation spontanée est impossible. C'est sans doute ce cas que Puzos avait en vue, quand il écrivait : « Il y a plus d'un exemple de femmes qui n'ont pu accoucher, parce que le placenta s'était collé sur l'orifice de la matrice, qu'il tenait hermétiquement clos, et empêchait sa dilatation hors du terme de l'accouchement » (Puzos) (3).

---

(1) *Loc. cit.*

(2) Aubry. *Thèse*, Paris, 1904.

(3) Puzos. *Traité des accouchements, etc..., Paris, 1759.*

Mais tous ces caractères anormaux, plus ou moins graves, qu'apporte le placenta prœvia aux phénomènes physiologiques sont, il faut bien le dire, relativement rares. Plus fréquents sont les difficultés et accidents apportés aux *phénomènes mécaniques.*

***

« Le placenta prœvia très étendu en surface est en même temps très mince (Müller), son aplatissement est tel que Rigden (British Médic., 1862) affirme qu'à travers son tissu le doigt n'est en aucune manière empêché de reconnaître tous les détails de la tête fœtale; *c'est là de l'exagération*» (Tarnier et Budin(1).

Le placenta prœvia assurément a, en général, des caractères particuliers ; il est moins épais, plus étalé, comme s'il devait racheter en surface ce qu'il perd en profondeur. Mais il est aussi très irrégulier, présentant à côté de cotylédons atrophiés, des cotylédons hypertrophiés. Et puis, dans bien des cas, il ne paraît pas se distinguer beaucoup du placenta inséré normalement ; surtout si l'on considère, qu'après l'accouchement, on le voit vide de sang, laminé pour ainsi dire par les parties fœtales. Le placenta normalement inséré, au contraire, n'a perdu que peu de sang et n'a pas été comprimé. En outre, le placenta inséré bas est susceptible d'hypertrophie comme dans ses autres insertions, et un placenta prœvia de 750 gram-

(1) *Loc. cit.*

mes par exemple présente une masse assez volumineuse (1).

C'est, en effet, sa masse qu'il faut envisager quand on étudie la gêne que le placenta prævia apporte aux phénomènes mécaniques de l'accouchement. On doit le considérer alors comme une véritable *tumeur prævia*, tumeur intra-utérine basse, en rapport avec l'orifice interne et le col, et qui va pouvoir *troubler profondément les lois de l'accommodation*.

Sous la forme spéciale que lui voient Müller et Rigden, il peut être cause de dystocie. Il fait une sorte de doublure à la paroi utérine dont il augmente l'épaisseur; il diminue la capacité de la partie inférieure de la cavité utérine : celle-ci tend à avoir des dimensions de beaucoup inférieures à la normale. En doublant la paroi utérine, le placenta crée, pour ainsi dire, un rétrécissement du détroit supérieur qui agit, au point de vue de l'accommodation du fœtus, de la même façon qu'un rétrécissement osseux.

Aussi, on a remarqué, depuis longtemps, que les *présentations* dites *vicieuses* sont plus fréquentes quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus ; nous ajoutons qu'il n'y a pas qu'elles à envisager, car les bonnes présentations, la tête, le siège, se trouvent *viciées* par lui.

Le défaut d'accommodation, en effet, peut exister déjà avec la présentation du sommet. L'*engagement* est difficile et lent à cause du placenta qui restreint

(1) Observations.

l'aire du segment inférieur. Parfois même, la tête se défléchit et se présente par la face ou par le front : présentations généralement considérées comme moins entociques que la présentation du sommet.

Quand la tête a effectué son temps de descente ou d'engagement, il lui faut exécuter le troisième temps de l'accouchement, *la rotation*. Le placenta prœvia peut gêner cette rotation et même l'entraver. Cela a surtout lieu quand il est inséré sur la paroi postérieure de l'utérus, ce qui est fréquent : « Le placenta inséré sur le segment inférieur occuperait plutôt la paroi postérieure que l'antérieure (1). » Cette situation ne lui permet pas de s'effacer dans les parties molles ; il est en rapport presque immédiat avec le bassin osseux, et la tête, qui, dans sa descente, rase pour ainsi dire le sacrum, ne peut l'éviter. Ce défaut de rotation occasionne naturellement des *dégagements* plus ou moins pénibles en *position oblique*, en position occipito-sacrée, surtout quand il s'agit de variétés postérieures.

Supposons maintenant une *présentation du siège*. Cette présentation est fort fréquente ici. C'est une présentation du siège décomplété mode des fesses, car c'est toujours à cette variété que l'on a affaire, la présence du placenta ayant pour résultat de *relever les membres inférieurs*. Comme dans les cas de fibrome du segment inférieur, auquel on compare juste-

(1) Vilian, *cité par Tarnier et Budin, loc. cit.*

ment le placenta inséré bas, l'engagement et la descente du siège se font facilement, en raison de la forme conique de cette présentation. Mais, comme dans les cas de fibromes, aussi, les difficultés commencent avec les épaules. Le placenta s'oppose à leur dégagement, il *relève les bras* du fœtus ; cet accident réparé, très péniblement toujours à cause de la présence du placenta, reste la tête dont le dégagement peut être difficile, voire impossible. Le placenta la *coince* pour ainsi dire, se bloquant à la partie supérieure du cou et s'opposant à sa sortie. En s'obstinant à tirer, on va rompre les culs-de-sacs vaginaux, on va désinsérer l'utérus, rompre ou plutôt provoquer une *déchirure du col.*

Cependant, la présentation du siège est généralement considérée comme favorable pour la femme : c'est une présentation longitudinale, elle est capable d'établir l'*hémostase* de la même façon que le sommet ; et puis nous savons qu'on peut tirer parti de la proximité des membres inférieurs dans le traitement.

Il n'en est pas de même pour le fœtus. Les manœuvres qu'on fait pour l'extraire provoquent des mouvements aspiratoires chez le fœtus qui ont pour résultat d'encombrer ses bronches : il ne pourra respirer dès sa naissance, il naîtra au moins à l'état de *mort apparente*. Les inspirations prématurées seront encore plus sûrement provoquées par le col qui en se rétractant, *comprimera le cordon* sur le cou de l'enfant. Mais la dystocie bien souvent ne s'arrêtera pas là et le forceps, puis la réduction de la tête

fœtale pourront être indiqués pour sauver la mère.

Il nous reste à étudier *la présentation de l'épaule*, la présentation vicieuse par excellence pour la femme comme pour le fœtus. Elle est loin d'être rare quand il y a insertion basse du placenta. Ici deux causes semblent se combiner pour amener la présentation de l'épaule. D'abord, il s'agit le plus souvent de multipares, donc muscles abdominaux relâchés et défaut de tonicité du muscle utérin. Le fœtus n'étant pas soutenu, maintenu par l'utérus et la paroi abdominale n'a pas de tendance à s'accommoder. A cette première cause vient s'ajouter la dystocie due à la masse placentaire qui ne permet pas à une présentation longitudinale de s'engager et qui d'un sommet fait une épaule, *présentation secondaire de l'épaule*. Le sommet qui n'était pas engagé quitte l'aire du détroit supérieur pour fuir vers l'une des fosses iliaques, laissant ainsi la place à l'épaule.

Cette présentation s'accompagne ici des plus grandes complications.

D'abord si certains praticiens se permettent de compter quelquefois sur la *version spontanée* devant une présentation de l'épaule, dans le cas d'insertion basse du placenta, ils ne peuvent qu'espérer en vain : la transformation de cette mauvaise présentation en une meilleure est impossible. Le placenta cale l'épaule, pour ainsi dire, au fur et à mesure qu'elle descend et l'empêche de rétrocéder.

Un spectacle auquel on assiste plus fréquemment,

c'est l'*évolution spontanée*. L'accouchement est souvent prématuré, nous avons vu, donc fœtus petit ; le fœtus est souvent mort, donc mollesse particulière: cec deux faits permettent à l'évolution de s'effectuer plus facilement. Mais ce genre d'expulsion n'est guère désirable. Non seulement le *fœtus succombe* presque fatalement comme d'ordinaire ; mais, pour la mère, il faut redouter au plus haut point la *rupture utérine*. L'obstacle siège au segment inférieur ; or, ce segment inférieur est moins résistant que d'ordinaire, à cause de l'insertion du placenta ; il cède donc fréquemment au cours de l'évolution spontanée. Mais hélas, il cède plus fréquemment encore, par un mécanisme analogue, au cours de l'opération indiquée pour sauver l'enfant, nous avons cité la *version*.

*
* *

A ces troubles de l'accommodation, il faut ajouter des accidents en général graves qui les compliquent souvent ou qui peuvent exister seuls.

Nous commençons par ceux qui frappent la mère.

De la *déchirure du col*, nous avons dit quelques mots à propos de la présentation de l'épaule : il se rompt parce que plus friable et plus vasculaire et parce qu'insuffisance de dilatation.

Il existe, à la vérité, bien des degrés dans ces ruptures. Le plus souvent, ce sont de simples fissures, en nombre variable, qui n'auraient guère d'importance que par les cicatrices qu'elles laissent, et par l'hémorragie assez abondante qu'elles déterminent.

D'autres fois, toute l'épaisseur du col est intéressée avec « de véritables lambeaux plus ou moins contus, qui peuvent se détacher complètement. Plus rarement, il se fait un arrachement circulaire d'une portion plus ou moins large du col. Ces lésions sont limitées au col ou bien s'étendent, soit du côté du vagin, soit du côté du corps de l'utérus » (Tarnier et Budin) (1). Elles peuvent aussi intéresser en même temps le segment inférieur et les culs-de-sac vaginaux ; elles peuvent enfin se prolonger sur la vessie et établir ainsi une « communication entre le canal génital et le réservoir urinaire ». De même que dans les bassins viciés, ces *fistules vésico-utérines* se produisent plusieurs jours après l'accouchement, consécutivement à la chute d'une *eschare*. On s'imagine facilement la production de cette eschare à la suite de l'attrition des parties molles par la tête à laquelle se joint la tumeur placentaire et même quelquefois une procidence d'un membre, comme nous verrons.

Plusieurs complications peuvent suivre la déchirure du col.

Une *hémorragie grave* d'abord, différente par la cause, de l'hémorragie due au placenta prævia proprement dite, mais pouvant comme elle occasionner, en quelques instants, l'anémie aiguë de la femme. « Le sang s'écoule habituellement en nappe d'une façon continue, mais il peut aussi s'échapper sous

(1) *Loc. cit,*

forme de jet saccadé, lorsqu'un vaisseau artériel a été atteint » (Tarnier). On doit craindre aussi *l'inondation subite du péritoine*, quand un assez gros vaisseau a été intéressé, l'hémorragie, dans ce cas, étant plutôt interne.

Il peut aussi se produire de l'*infection*, ce qui est fréquent, surtout quand il y a de grands délabrements et que l'antisepsie n'a pas été rigoureuse. De plus « il y a lieu de craindre ultérieurement une cicatrisation vicieuse avec sténose du canal cervical » (Tarnier et Budin) (1).

Nous ajouterons que c'est dans ces cas de rupture étendue qu'on peut observer l'*embolie gazeuse*. « L'introduction de l'air est un des plus graves accidents qui puissent compliquer la blessure des veines.... La face est pâle, la tête renversée, la respiration facile mais inégale, le pouls petit et irrégulier, le corps couvert de sueur froide ; quelques mouvements convulsifs surviennent et le malade succombe » (Reclus) (2).

Cette description ne s'écarte pas tant de celle d'une anémie suraiguë se terminant par une syncope, qu'on ait pu, il nous semble, quelquefois s'y tromper.

Il nous faut rapprocher des ruptures utérines les *ruptures du périnée*, qui nous ont paru d'une plus grande fréquence dans le cas d'insertion vicieuse. Le

(1) *Loc. cit.*

(2) Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. — *Manuel de Pathologie externe. Paris, 1900. T. I.*

fait de rencontrer plus souvent les présentations de l'épaule, la déflexion de la tête dans la présentation du sommet et surtout son dégagement suivant les diamètres obliques, expliquerait la coïncidence. Il y a plus, il nous semble. La résultante des forces expulsives nous paraît pouvoir être déplacée par la présence du placenta, et alors la partie qui se présente appuyant plutôt sur le périnée, peut en provoquer la déchirure.

En outre, on voit souvent que le ressaut que fait le placenta au niveau de l'orifice utérin une fois vaincu et dépassé par la partie la plus volumineuse de la tête, celle-ci descend rapidement et vient forcer la vulve insuffisamment préparée, d'où rupture vulvo-périnéale.

Pour compléter ce qui a trait à la mère dans l'énumération des accidents dûs au placenta prœvia, nous ne pouvons passer sous silence les *accidents infectieux* qu'il peut déterminer et qui sont nombreux.

Nous voyons d'abord réunies ici les différentes conditions qui favorisent l'infection en général. Les soins antiseptiques manquent souvent. La femme arrive perdant beaucoup de sang, il faut la secourir immédiatement : les soins antiseptiques sont réduits au strict nécessaire souvent insuffisant, quand ils ne sont pas supprimés entièrement.

L'œuf est le plus souvent ouvert et le fœtus souvent mort, double cause d'infection, et cela depuis quelquefois plusieurs jours, la femme subissant cepen-

dant un grand nombre d'explorations plus ou moins proprement faites.

L'hémorragie, elle aussi, prédispose à l'infection : c'est un fait d'observation banale.

Enfin le travail prolongé en multiplie les risques.

Ces conditions générales sont complétées par plusieurs autres, particulières au placenta prœvia.

Le shock produit par les ruptures utérines et périnéales s'ajoute au traumatisme de l'accouchement et rend la femme moins résistante.

La proximité de la plaie placentaire et du vagin, à la flore si riche, est de la plus haute importance, et aussi les nombreuses explorations et manœuvres opératoires qu'on fait dans le cas d'insertion vicieuse.

Enfin des lésions multiples peuvent s'être créées, déchirures et éraillures diverses qui facilitent la pullulation des germes et ouvrent de nombreuses portes lymphatiques par où l'infection va gagner l'organisme.

Aussi, on observe tous les degrés de l'infection puerpérale, depuis les simples eschares de la vulve et du vagin, jusqu'à la septicémie généralisée, en passant par les phlegmons pelviens et la péritonite.

A côté de ces grands accidents infectieux, existe une affection qui voisine avec eux et qui se rencontre très souvent dans les cas de placenta prœvia, nous voulons parler de la *phlébite*.

Nous venons de faire ressortir toutes les bonnes raisons qu'avait la plaie placentaire de s'infecter.

Une fois infectée « la plaie placentaire livre le système veineux aux microbes » (1), d'où la phlébite.

Cette phlébite peut déjà frapper les sinus vaginaux : c est relativement rare. Le plus communément, la thrombose est limitée aux membres inférieurs. C'est la phlébite banale avec son cortège de complications, dont l'embolie pulmonaire est de beaucoup la plus grave et la plus fréquente.

***

L'enfant court encore plus de risques que la mère quand il y a insertion vicieuse du placenta.

Nous savons déjà qu'il a bien des chances de *naître prématurément*. Ce sera donc souvent un petit être débile qu'on aura, certes, des chances de sauver, mais qu'il faudra entourer de soins spéciaux et vigilants au moins pendant quelque temps.

Toutes les difficultés de l'accouchement se répercutent sur lui : la lenteur du travail multiplie les dangers pour lui comme pour la mère. Les *troubles de l'accommodation* l'atteignent directement comme nous l'avons remarqué. La présentation du *siège*, plus fréquente ici, ne revêt pas un caractère bénin comme d'ordinaire : il faut trop souvent sacrifier le fœtus.

La présentation de *l'épaule*, également plus fréquente, est encore plus dangereuse que d'habitude. Le *sommet*, lui-même, est quelquefois moins à souhaiter pour lui que toute autre présentation.

(1) L. Dubrisay et C. Jeannin. — *Loc. cit.*

La présentation du sommet peut s'accompagner d'une cause de *mort in utéro*, la *compression du placenta ou du cordon*. Nous avons dit antérieurement que la rupture de la poche des eaux était souvent favorable pour la mère, avec une présentation longitudinale : l'hémorrhagie s'arrête souvent immédiatement. Mais, il en est ainsi parce que le placenta est fortement appliqué sur l'utérus. Il est donc comprimé et quelquefois aussi le cordon, au grand dommage du fœtus : d'où *asphyxie partielle* et il souffre, ou une *asphyxie complète* et il meurt.

Ajoutons que par suite des troubles d'accommodation et de la lenteur du travail, on peut trouver sur l'enfant une ou des *bosses séro-sanguines* très volumineuses. Le fait n'a guère d'importance en lui-même, mais ne laisse pas d'intriguer beaucoup la famille.

Un accident cause d'asphyxie du fœtus, quand il y a insertion vicieuse du placenta, c'est la *procidence du cordon*. Et nous comprenons, dans ce nom, tous les cas où le cordon descend au devant de la partie fœtale, qu'il s'agisse de procidence proprement dite, de procubitus ou de latérocidence. On la rencontre souvent : M. Porak l'a trouvée 10 fois plus fréquemment, quand il y avait insertion vicieuse du placenta (in Tarnier et Budin) ; multiples en sont les causes. Le fœtus est souvent petit, les présentations vicieuses fréquentes, les présentations entociques s'accommodent souvent mal et l'excavation reste longtemps vide. Ensuite, la proximité du placenta de

l'orifice utérin, augmente la longueur relative du cordon ; le cordon est donc prœvia lui aussi, surtout si l'on considère que l'insertion funiculaire est excentrique et se fait habituellement à la partie la plus basse du placenta.

Parfois, c'est l'accoucheur qui produit, pour ainsi dire, la procidence, quand, par exemple, pour provoquer l'accouchement, il rompt la poche des eaux. La procidence peut se produire aussi durant la version.

L'insertion vicieuse favorise un autre accident du cordon : *le circulaire*. Peut-être, est-ce parce que le cordon se trouve plus rapproché du cou que normalement, et aussi parce que sa longueur est relativement plus grande. Nous en signalons de nombreux cas.

Nous savons que le circulaire peut favoriser le décollement du placenta, en rendant le tiraillement dû au cordon plus facile et causer la mort du fœtus par anémie ou strangulation, enfin il produit des amputations congénitales. Cependant on peut imaginer qu'il ait quelquefois un effet favorable dans les cas qui nous intéressent. Raccourcissant plus ou moins le cordon suivant qu'il est plus ou moins multiplié, il diminue pour lui les chances de chute au-dessous de la tête : ce circulaire combat la procidence.

Comme l'avait déjà remarqué Levret (1), il y a souvent *insertion vélamenteuse* du cordon. Or la déchirure des membranes se fait généralement au ras du placenta, à la partie inférieure, à l'endroit même où

(1) Loc. cit.

les vaisseaux funiculaires se rattachent au placenta. Il s'ensuit une hémorragie épuisant directement le fœtus, qui ne saurait résister longtemps.

Enfin la *procidence des membres* a souvent pour cause la présence du placenta sur le segment inférieur.

Nous pouvons dire avec Spiegelberg: La cause principale de la procidence des membres consiste dans l'espace vide laissé entre la tête et le segment inférieur de l'utérus » (1).

C'est ce qui a lieu dans les cas qui nous occupent. « Les extrémités céphaliques ou pelviennes se présentant au détroit inférieur ne peuvent venir s'appliquer contre le segment inférieur, le placenta les en sépare : Il se forme ainsi un espace libre entre la présentation, le segment inférieur et le placenta, espace libre et inégal que le membre, sous l'influence des contractions, pourra venir occuper » (2).

---

(1) Spiegelberg. — Lehrbuch. d. Gebur., 1878.

(2) Nocton. — De la procidence des membres dans l'accouchement *Thèse*, Paris, 1904.

2° La délivrance

Quand le fœtus a été expulsé, tout n'est pas fini avec le placenta prævia. Le deuxième temps de l'accouchement est dangereux ; il peut être fertile en accidents.

On peut rencontrer encore l'hémorragie. « Habituellement l'hémorragie s'arrête après l'expulsion de l'enfant, mais on la voit quelquefois continuer pendant et même après la délivrance à cause de l'*inertie du segment inférieur*, qui est relativement pauvre en fibres musculaires » (Tarnier et Budin).

La longueur du travail, l'intervention ont fatigué l'utérus, il n'en peut mais, pas de rétraction, ni de contraction : il saigne comme toujours en pareil cas, mais il n'y a pas que de l'hémorragie.

« D'une part, la tunique musculaire du segment inférieur étant beaucoup moins épaisse que celle du corps utérin et les deux couches qui la constituent ne se contractant qu'avec mollesse et insuffisance pour expulser le délivre, d'autre part, dans l'insertion basse le placenta étant étalé, infiltré de noyaux fibreux *adhérents* à la paroi utérine (dans 22, 8 pour 100 des cas d'après L. Müller), la délivrance est laborieuse et difficile » (Tarnier).

L'*inertie utérine*, qui occasionne le *retard du décollement du placenta*, *l'adhérence souvent anormale en certains endroits* ou tout au moins inégale d'un endroit à l'autre, expliquent la fréquence des

rétentions placentaires partielles, quand il y a insertion vicieuse cela peut être : « La partie superficielle d'un ou de plusieurs cotylédons restée *in utero* : en ces points, on ne voit plus l'aspect vernissé et lisse que le placenta doit présenter sur sa face utérine. Ou bien un cotylédon est resté en entier, il existe alors une brèche dans le gâteau placentaire bien apparente, quand on examine l'organe après l'avoir posé à plat, ou encore un cotylédon accessoire primitivement accolé au gâteau placentaire a pu se détacher de la masse principale ; le fait est très difficile à reconnaître. L'attention peut cependant être attirée par l'aspect dépoli des membranes dans la zone correspondant au cotylédon absent et la présence de quelques filaments blanchâtres. Enfin, un cotylédon succenturié plus ou moins distant de la masse principale reste *in utero* ; en regardant par transparence les membranes bien étalées, on voit des vaisseaux partir du placenta, courir dans l'épaisseur du chorion, et s'arrêter brusquement au niveau de la déchirure des membranes : ces vaisseaux se rendaient au cotylédon absent » (1).

Plus fréquentes sont les *rétentions des membranes*. Rétention en totalité (placenta découronné), ou rétention partielle seulement.

Aux deux causes déjà données à propos de la rétention placentaire, inertie utérine et adhérence anormale, on doit ajouter la façon dont le placenta

(1) L. Dubrisay et C. Jeannin. *Loc cit.*

est expulsé. Après son décollement, il sort de l'utérus en se présentant par son bord ou par sa face maternelle, conditions très défavorables, comme on sait, pour le décollement des membranes. En outre, quelquefois le placenta est arraché, pour ainsi dire, et entraîné complètement ou en partie par le fœtus : les membranes, non encore décollées, restent dans l'utérus.

Tous ces accidents causent, d'abord des hémorragies comme nous savons, à un moment où la femme ne devrait plus perdre de sang, mais ils causent souvent aussi des infections graves auxquelles la femme ne résiste pas toujours. Le mauvais état général où elle se trouve, la met dans une situation malheureusement trop favorable au développement des micro-organismes.

Les anciens auteurs, Mme Lachapelle entre autres, avaient bien remarqué que ces malades étaient bien plus sujettes à la péritonite, à la métrite, à la phelgmatia alba dolens... etc., mais ils ignoraient les liens étroits qui unissent ces maladies à l'infection puerpérale ; « ... l'hémorragie qui dépend de l'adhérence du placenta à l'orifice interne de l'utérus est un des accidents les plus dangereux auxquels les femmes soient exposées pendant la grossesse. Le danger est grand surtout pour les femmes qui, privées du nécessaire, sont forcées de se réfugier dans les hôpitaux, et c'est principalement par rapport aux péritonites consécutives que la chance leur est défavorable. Autant, en effet, il est facile de prévenir, ou de dissi-

per cette maladie chez les femmes qui vivent dans l'aisance, autant il est difficile d'en soustraire les femmes dont nos hôpitaux regorgent surtout à la mauvaise saison. » (1) (Mme Lachapelle).

La convalescence quelquefois très longue, les infections, la débilité qui frappent la mère, permettent de dire que le placenta prœvia porte ses mauvais effets au-delà de l'accouchement, au-delà de la délivrance, jusque pendant les suites de couches.

---

(1) Mme Lachapelle. — *Pratique des accouchements, etc... Paris, 1821-1825.*

CHAPITRE III

Accidents dans l'accouchement artificiel

Nous savons qu'il faut intervenir quand il y a hémorragie, qu'il faut intervenir plus souvent encore à propos de toutes les dystocies que nous avons énumérées. En raison de leur fréquence, nous nous proposons d'examiner les difficultés et accidents que la masse placentaire apporte à ces interventions diverses.

La plus simple sans doute qu'on soit amené à pratiquer ici, la *perforation des membranes*, peut être déjà gênée par le placenta inséré bas. Avec l'insertion placentaire latérale ou marginale, il n'y a rien de changé aux conditions ordinaires : le doigt arrive directement sur les membranes et les perfore aisément ; il a toute latitude pour soulever la présentation, afin de faire écouler une certaine quantité de liquide, ce qui est indiqué. Cependant, déjà dans ces insertions, nous rencontrons quelques accidents.

La procidence du cordon est plus fréquente au cours de l'issue du liquide amniotique : sa proximité de l'orifice en est la cause comme nous l'avons déjà

vu. Ensuite, si la présentation du fœtus n'est pas franche, et nous savons qu'il en est fréquemment ainsi dans le cas d'insertion vicieuse, on s'expose, en perforant les membranes, à rendre difficile quelquefois même impossible, une version devenue nécessaire.

En outre, si le fœtus vient à succomber, ce qui est un accident fréquent, la rupture des membranes expose la mère aux graves accidents de la putréfaction intra-utérine.

Ces accidents peuvent, il est vrai, être le plus souvent évités, lorsque la femme est soignée dans un hôpital où elle est l'objet d'une surveillance attentive et où l'on peut intervenir dès le moindre incident, mais il n'en est pas de même dans la clientèle et surtout lorsqu'il s'agit d'une femme habitant la campagne.

D'autres difficultés apparaissent avec les variétés centrales, complètes ou partielles. Avec la variété partielle, la dilatation n'étant pas encore complète, on peut n'avoir aucun jalon pour se guider, pas de membranes encore, pas de procidence, partout du placenta; il faut agir alors de la même façon que dans la variété complète.

Dans un premier procédé, on décolle le placenta du côté où l'on suppose trouver les membranes.

Nous avons vu (page 29) que le placenta prœvia est plus souvent situé sur la face postérieure : c'est donc en avant, derrière la symphyse, qu'il faut décoller à moins d'indication spéciale. Mais, toujours, on a chance de ne trouver les membranes que

très haut, ou de les trouver très résistantes, et on connaît l'hémorragie qui peut survenir du fait de ce décollement étendu.

Dans l'autre procédé, bien décrit par Deventer (1) on perfore la masse placentaire directement au-dessus de l'orifice interne. Mais nous savons « qu'il faut rompre les membranes aussi largement que possible » (Tarnier, Eugène Hubert, Pinard). C'est donc une fente presque complète du placenta qu'on est obligé de faire en le dilacérant avec un ou deux doigts ; nous n'insistons pas sur l'hémorragie qui en résulte.

Le placenta et le chorion traversés, l'amnios peu adhérent fuit au-dessus du doigt qui le repousse de bas en haut sans le déchirer. Pour y arriver, il faut augmenter la pression intra-amniotique, en comprimant l'utérus, et se servir du *perce-membranes*, lequel manié ici un peu à l'aveuglette peut être un instrument dangereux pour le fœtus.

Les opérations le plus souvent indiquées, quand il y a insertion vicieuse, sont la version, le forceps, la basiotripsie. Ces diverses opérations ont ici des complications particulières, et aussi une autre intervention souvent nécessaire avant leur application, nous voulons parler de la dilatation du col.

La *dilatation du col* est le premier temps de l'accouchement forcé.

Nous ne parlerons que de la *dilatation manuelle* : « Nous estimons que tous les dilatateurs mécaniques

(1) In Tarnier et Budin. — *Loc. cit.*

sont de beaucoup inférieurs à la main nue ». (Bonnaire) (1).

Cette intervention toute manuelle est gênée par la présence du placenta immédiatement en rapport avec l'orifice interne. On augmente facilement le décollement, on déchire le tissu placentaire, d'où hémorragie. Le col et le segment inférieur sont beaucoup plus fragiles et moins dilatables que d'ordinaire : on détermine souvent des ruptures de ce côté qui pourront s'exagérer au moment du passage du fœtus.

Ces accidents ont surtout lieu lorsque, à la façon des anciens, on n'emploie qu'une seule main pour agir sur le col utérin, l'autre main, sans doute, travaillant à maintenir fixé le fond de l'utérus.

« La main disposée en cône refoule de bas en haut et décolle au loin le placenta au fur et à mesure qu'elle s'enfonce et que la dilatation progresse ; de plus, l'extrémité des doigts peut pénétrer et déchirer la masse placentaire, et ainsi s'ajoute à l'hémorragie maternelle une hémorragie fœtale.

« Comme lésion traumatique, on a signalé la désinsertion des attaches utéro-vaginales produite sous la poussée de la main. Cet accident peut être prévenu par une fixation solide du fond de l'utérus à travers les parois abdominales. Quant à la déchirure des lèvres du col, elle ne peut être produite que par

---

(1) Bonnaire. — *La Presse médicale, 14 août 1897.*

le déploiement d'une force inconsidérée et mal contrôlée.

« L'emploi d'une seule main pour effectuer l'ouverture du col de l'utérus a pour principal inconvénient de ne pas assurer la dilatation complète. Suffisant pour permettre le passage d'un fœtus de petit volume, ce procédé expose, quand on fait la version podalique, à la rétention invincible de la tête fœtale. En effet, les dimensions d'une tête moyenne outrepassent de beaucoup celles de la main pelotonnée en cône (Bonnaire) (1).

Qu'il s'agisse du *forceps* ou du *basiotribe*, l'application est souvent difficultueuse. L'introduction des branches est gênée dans les cas de placenta prævia partiel, elle est impossible dans la variété centrale sans la mutilation complète du placenta. Mais dans tous les cas, la tête est difficile à saisir, étant mal fixée. Il faut redouter l'arrachement du placenta. saisi parfois malencontreusement; il faut éviter la déchirure du col et du segment inférieur.

On est souvent obligé de pratiquer la *version* par manœuvres internes quand il y a insertion vicieuse; nous allons voir qu'elle aussi est fertile en accidents.

Le premier temps, l'introduction de la main, n'est guère influencé par les variétés latérale, marginale, et même légèrement partielle. Nous savons toutefois qu'on peut rencontrer la procidence d'un bras ou du

(1) Bonnaire. — *Loc. cit.*

cordon. Dans la variété centrale, il n'en est plus de même : tout l'orifice utérin forme une masse épaisse et mollasse qui barre la route à la main. On n'a pas la possibilité de reporter cette masse au-dessus du détroit supérieur, comme quelquefois le fibrome prœvia, auquel on compare souvent le placenta inséré bas.

On peut recourir au procédé de Deventer, dont nous avons déjà parlé à propos de la rupture des membranes. Nous en connaissons les inconvénients. Le procédé de Simpson (1), l'arrachement total du placenta semble plus mauvais encore. Meilleur est le procédé préconisé déjà par Mauriceau, le décollement du placenta sur une partie de son étendue jusqu'aux membranes.

Mais nous savons dans quel embarras on se trouve quand on n'a pas pris le plus court chemin pour arriver aux membranes.

Le gros accident ici est l'hémorragie, hémorragie très grave, mais en somme peu fréquente, étant donné la rareté relative de la variété centrale complète.

Bien plus souvent le placenta est une *cause d'obstacles au troisième temps*, l'extraction, les quatre variétés pouvant alors être dangereuses. Nous avons déjà parlé du mécanisme de ces accidents à propos de la présentation du siège. La tumeur prœvia laisse

(1) Simpson. — *Edinburgh Monthly Journal* of *Medical science, 1845.* Clinique obstétricale et gynécologique, traduction par Chantreuil, Paris, 1874.

sortir le siège d'autant mieux qu'il est diminué du membre abaissé et du membre relevé, comme nous savons. Mais elle provoque le *relèvement des bras*, premier écueil, qu'on ne peut pas toujours éviter. Les bras abaissés, reste *la tête* dont l'extraction est la grosse affaire. Le placenta fait cran d'arrêt sur le cou, ou bien coince la tête en appuyant sur elle directement. Le fœtus souffre, et, si l'on se presse, il faut craindre la rupture du col : c'est un cercle vicieux dont, trop souvent, on ne peut sortir qu'en sacrifiant l'un des deux êtres.

« Il faut ajouter aux opérations dont nous venons de parler, le *tamponnement*, la *version podalique de Braxton Hicks*, enfin l'emploi des différents *Ballons* parmi lesquels celui de Champetier de Ribes est le plus employé. Ces moyens ont pour but et pour résultat d'assurer plus ou moins d'hémostase et la dilatation du col. Les deux derniers peuvent causer la *compression du placenta ou du cordon*, funestes au fœtus ; le tamponnement, en outre qu'il est très difficile d'application, douloureux et mal supporté par les femmes, est souvent une cause *d'infection*.

CHAPITRE IV

Pronostic

Nous voyons combien sont nombreux les accidents dûs au placenta inséré bas, et combien gravement ils peuvent compliquer l'hémorragie.

Les plus dangereux pour la MÈRE sont les *mauvaises présentations*, les *déchirures du col* et du *segment inférieur*, l'*infection* toujours possible et nous savons combien de causes la favorisent ; il faut y ajouter l'*épuisement nerveux*, la fatigue due à la *longueur du travail* et les difficultés apportées aux *interventions* dans les variétés centrales surtout.

Quant à l'ENFANT, tout semble s'accumuler contre lui. Le plus souvent, il *naît prématurément ;* il est chétif, même quand il naît dans les environs du terme, la *circulation utéro-placentaire* ayant été souvent *insuffisante*. Il est sans cesse menacé d'asphyxie : en plus de l'anémie maternelle, causée par le décollement du placenta, le cordon est souvent comprimé.

Dans les *présentations vicieuses*, le fœtus est plus exposé que d'ordinaire ; enfin nous le voyons maintes fois sacrifié pour sauvegarder la mère.

Ces graves complications permettent de mieux comprendre comment l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta peut avoir un pronostic si grave, 10 à 20 pour 100 pour les mères, un tiers pour les enfants.

Elles prouvent encore que le placenta inséré bas peut être funeste alors qu'il n'y a pas d'hémorragie.

CHAPITRE V

Diagnostic

Il nous semble avantageux, étant donné les complications que peut présenter le placenta prœvia, d'en établir le diagnostic précoce, quand ce ne serait que pour redoubler de vigilance et d'asepsie au moment du travail et de la délivrance.

Quand il y a *hémorragie*, ce grand symptôme met déjà sur la bonne voie. « Pour M^me^ Lachapelle toute perte de sang se produisant à partir du sixième mois chez une femme enceinte, est révélateur d'une insertion vicieuse du placenta. Cette proposition, quoique par trop absolue, doit néanmoins être tenue pour vraie dans la majorité des cas. » (Tarnier et Budin).

Nous savons que ce qui caractérise ces hémorragies, c'est d'être « immédiatement externes, sans accumulation de sang à l'intérieur de la matrice, soudaines, indolores, à répétition, de plus en plus abondantes ».

Quand on aura reconnu que ce sang n'est pas du liquide d'*hydrohématorrhée*, qu'il sort bien du col (on pourrait avoir affaire à des *varices du vagin* ou

à des *ulcérations saignantes du col*), on s'assurera facilement, par le toucher, si on ne se trouve pas en présence d'un *cancer du col* ni d'une *môle hydatiforme*. « Des erreurs ont pourtant été commises et l'on a vu prendre pour un cancer du col un caillot sanguin, un cotylédon placentaire faisant saillie dans l'orifice cervical dans le cas d'insertion vicieuse, voire même de petites parties fœtales ». (Tarnier et Budin).

On peut encore confondre au toucher le tissu placentaire avec un *fibrome ulcéré*, un *papillome*, etc... « Ces tumeurs, qui se présentent sous la forme de choux-fleurs, peuvent naître de l'une ou de l'autre lèvre. Elles acquièrent parfois un volume considérable, peuvent masquer l'orifice et le rendre presque inaccessible. Elles produisent souvent des hémorragies, et, comme le tissu fongueux qui les constitue offre quelque analogie avec le tissu placentaire, elles ont fait croire dans quelques cas à l'insertion du placenta sur le col. M^me^ Lachapelle et M. Dennam citent des erreurs de ce genre..... » (Cazeaux) (1).

Dans tous les cas, on devra s'enquérir de la marche de l'affection, de l'*état général* de la femme, et s'aider au besoin de l'*examen microscopique* qui lèvera tous les doutes.

Quand il n'y a pas d'hémorragie, le diagnostic est plus difficile, bien des fois impossible : on trouve

(1) Cazeaux. — *Traité théorique et pratique des accouchements.* Paris, 1840.

pourtant souvent quelques symptômes qui permettent de l'établir.

Des *douleurs prématurées*, la *rupture prématurée des membranes* peuvent faire penser au placenta prœvia ; mais la rupture prématurée des membranes constitue-t-elle un vrai symptôme ?

« La rupture prématurée des membranes, en effet, a été signalée dans les cliniques de Depaul, puis plus nettement en 1886 par M. Pinard et ses élèves, comme symptôme fréquent d'une insertion basse ; il est vrai que des recherches nouvelles ont démontré que cette rupture prématurée était fréquente aussi quand le placenta s'insère sur la zone moyenne ou supérieure de la matrice. De sorte qu'on doit demeurer réservé en présence d'une ouverture prématurée de l'œuf et ne pas en conclure trop vite qu'il y a probabilité d'une insertion du placenta sur le segment inférieur » (1).

Meilleure comme signe est la constatation d'un *défaut d'accommodation*, surtout chez une primipare. Lorsque, dans les deux derniers mois de la grossesse, la tête de l'enfant n'est pas engagée, s'il n'existe ni rétrécissement du bassin, ni excès de volume de la tête, il faut toujours penser à la possibilité d'une insertion basse du placenta. Dans les mêmes conditions, la même présomption est amenée par la constatation d'une *présentation plus ou moins dystocique* (face, siège décomplété, épaule).

---

(1) Tarnier et Budin.

Nous avons vu qu'on pouvait comparer la dystocie due au placenta prœvia à celle qui existe dans les bassins viciés : il y a plus. On peut aussi pour le placenta prœvia se servir d'un procédé d'exploration usité dans les dystocies osseuses : nous voulons parler de l'*engagement artificiel de Müller* : « Saisissant la tête par le front et l'occiput, on tente de les faire pénétrer dans le bassin et l'on reconnaît ainsi si l'engagement est facile ou non. On peut encore pendant que l'on fait cette manœuvre, faire placer la main d'un aide au-dessus de la symphyse pubienne : on se rend compte ainsi si la tête déborde cette symphyse ou non (1). » Parlant du *palper mensurateur*, MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage s'expriment ainsi : « Le palper mensurateur donne d'assez bons résultats ; lorsqu'il est pratiqué avec méthode et lorsqu'on en a l'habitude, on peut savoir si l'obstacle à l'engagement n'est pas osseux, mais constitué par la présence du placenta qui vient rétrécir l'aire du détroit supérieur..... » (2).

Les signes fournis par *le toucher* sont plus importants.

On peut s'apercevoir d'abord, que la *présentation ne descend pas* dans l'excavation et que le col reste élevé.

Si, avec la main inoccupée, on abaisse la région

---

(1) Dubrisay et C. Jeannin. *Loc. cit.*

(2) Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — *Loc. cit.*

fœtale en pressant sur la paroi abdominale, on sent que le *segment inférieur est plus épais que de coutume*; car il existe, entre le fœtus et le doigt explorateur une sorte « *de corps mollasse*, spongieux qui fait matelas et qui ouate en quelque sorte les sensations ».

Cette épaisseur existe sur tout le segment inférieur de l'utérus, ou seulement dans une partie quelconque ; dans ces cas on peut non seulement diagnostiquer la présence du placenta, mais encore la variété à laquelle on a affaire.

On sent aussi le *pouls vaginal* d'Osiander (1), dû à une plus *grande vascularisation* de cette région. Ce signe est bon, mais il ne faut pas oublier qu'on le trouve dans d'autres circonstances, et même dans la grossesse physiologique.

Dans tous les cas, il faut pratiquer le toucher avec beaucoup de douceur, avec une grande prudence : on ne doit pénétrer dans le col que si celui-ci est suffisamment ouvert, ce qui est d'ailleurs le plus fréquent.

La moindre violence peut provoquer une hémorragie. On pourra tomber ainsi sur des *membranes* ayant des caractères particuliers, *plus rugueuses que d'ordinaire, plus épaisses, tomenteuses* et *peu mobiles,* quelquefois parcourues par les *vaisseaux* se rendant au placenta (insertion marginale) (Tarnier et Budin).

(1) Osiander. — *Commentatio de causa insertionis placentæ in uteri orificium, etc..., Gott, 1792. (Cité par Tarnier).*

Dans les insertions centrales, on peut trouver le *placenta*, qu'on reconnaît assez facilement à sa consistance spéciale ; d'ailleurs dans ces cas l'hémorrhagie est la règle.

CHAPITRE VI

Traitement

« Cette affection est celle qui exige le plus de sang-froid, le plus de connaissance et le plus d'habileté » : Cette phrase de Velpeau à propos du placenta prœvia est justifiée par la multiplicité des accidents et, partant, par les nombreuses interventions qu'ils impliquent.

La conduite à tenir a, d'ailleurs, toujours préoccupé les accoucheurs, mais malgré les nombreux travaux publiés sur ce sujet, l'accord est encore loin d'être fait entre eux.

Les anciens préconisaient l'accouchement forcé, et tout le monde a présente à l'esprit l'histoire de Guillemeau sauvant, par ce moyen, la fille de son maître A. Paré. Mais cette méthode n'eut pas toujours un résultat aussi heureux. Et, au siècle dernier, elle fut abandonnée et sévèrement critiquée par la plupart des praticiens qui préconisaient plus volontiers le tamponnement utérin ou la rupture prématurée des membranes. On est cependant revenu à la méthode primitive. L'évacuation extem-

poranée de l'utérus ou accouchement méthodiquement rapide (Tarnier) répond à l'accouchement forcé des anciens » (Bonnaire).

D'après ce que nous avons dit dans nos différents chapitres, on doit distinguer deux cas dans l'insertion vicieuse : il n'y a pas ou il y a hémorragie.

Dans le premier cas, on a fait le diagnostic de placenta prœvia sur la fin de la grossesse ou au commencement du travail ; on a trouvé les différents signes que nous avons énumérés. Mais, en même temps, on a remarqué, par exemple, que l'épaule a tendance à s'engager, on redoute une présentation transversale. Faut-il, pour corriger cette présentation, la transformer en un sommet ou en un siège ? Nous savons que cette *présentation de l'épaule* est probablement secondaire, surtout si nous avons affaire à une primipare : la tête commençait à s'accommoder normalement, mais rencontrant la bosse placentaire, elle a quitté l'aire du détroit supérieur pour fuir vers l'une des fosses iliaques, laissant ainsi la place à l'épaule. On a donc tout lieu de craindre, si l'on transforme cette présentation en une présentation du sommet, que celui-ci ne s'engage pas plus qu'avant et que la mauvaise présentation se reproduise sous le bandage. C'est pour la présentation du siège, il nous semble, qu'il faudra opter : il s'accommode, souvent dans ces cas, plus facilement que la tête.

Le placenta prœvia non hémorragique trouble les phénomènes physiologiques de l'accouchement ; les

contractions sont insuffisantes, le travail n'avance pas. Des *injections vaginales chaudes* suffiront parfois pour éveiller le réflexe utérin ; la *rupture des membranes* parfois aussi produira de bons effets, mais nous savons qu'elle peut être dangereuse.

Si, soit du côté de la mère, soit du côté du fœtus, il survient quelque indication de terminer rapidement l'accouchement, le col n'étant pas dilaté, c'est à la dilatation bi-manuelle qu'on aura le plus souvent recours ; ensuite on pratiquera l'opération indiquée (forceps, version, embryotomie).

Dans tous les cas, il faudra examiner l'arrière-faix et ne pas hésiter à reviser l'utérus s'il paraît incomplet le moindre peu.

En face d'une femme présentant une insertion vicieuse du placenta avec hémorragie, que convient-il de faire ?

« Lors de la première hémorragie, on peut se borner à mettre la femme au *repos absolu*, à pratiquer des injections très chaudes (48°), et à surveiller l'intestin ». (L. Dubrisay et C. Jeannin).

Si l'hémorragie se répète, ou si l'on a affaire à une variété centrale, nous savons que plusieurs moyens sont entre les mains de l'accoucheur.

La large déchirure des membranes, *méthode de Puzos*, peut arrêter l'hémorragie en supprimant les tiraillements exercés sur l'insertion placentaire ; elle favorise aussi l'hémostase avec les présentations

longitudinales. Ce mode de traitement n'est pas à l'abri de toute critique.

« Il ne suffit pas toujours à arrêter l'hémorragie, et il expose souvent la femme et l'enfant à de graves dangers » (1) : nous les avons signalés à propos de l'accouchement artificiel.

L'accoucheur a encore à sa disposition le *tamponnement*, les divers *ballons intra-utérins*, la *version podalique par manœuvres mixtes dites de Braxton Hicks*. Ces divers modes de traitement qui présentent des difficultés d'application et des accidents particuliers, ne répondent que d'une façon assez détournée à l'indication, l'hémostase; ils semblent bien plutôt des « moyens de provocation ou d'amélioration du travail ». Le plus communément employé, *le tamponnement vaginal*, si horriblement douloureux, et si dangereux par l'infection puerpérale qu'il peut amener, est un puissant agent entocique. « Il n'est pas rare de voir la femme accoucher en quelques heures du tampon et du fœtus » (Bonnaire).

En somme, tous ces moyens, en faisant plus ou moins l'hémostase, amènent l'accouchement et c'est une fois l'accouchement terminé, que la femme et son enfant se trouvent à peu près en sécurité. Donc, on peut dire, que la déplétion totale de l'utérus constitue le traitement par excellence du placenta prævia hémorragique (Bonnaire) (2).

---

(1) Chambrelent. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1902 p. 412.

(2) Bonnaire. — *Loc. cit.*

Si la dilatation est complète, on fait d'emblée la *version* beaucoup plus souvent que le *forceps*, dont l'application est difficile, comme nous savons, ou on pratique une embryotomie, par exemple la *perforation de la tête dernière*, si celle-ci vient à être retenue pendant le dernier temps de la version et s'il n'y a d'autre moyen de l'extraire.

Si la dilatation n'est pas complète, c'est à l'*accouchement méthodiquement rapide* qu'il faut avoir recours : *la dilatation est faite selon la méthode bi-manuelle de Bonnaire.*

Quand il y a insertion vicieuse, ce qu'il faut craindre surtout, ici, au cours d'une dilatation rapide, c'est la déchirure du col : « Au point de vue de la prophylaxie des déchirures du col, la main constitue un instrument conscient et qui doit, à tout moment de la manœuvre de dilatation, se rendre compte du degré de résistance et d'élasticité des tissus qu'elle écarte et distend. Elle peut, en conséquence, graduer l'effort et changer fréquemment le point d'application des forces ; mais pour que la main s'éclaire elle-même dans ce travail, il est de toute nécessité qu'elle prenne contact avec les lèvres du col par les points où elle est le plus sensible. L'emploi de la main disposée en cône est mauvais à ce point de vue, car la sensibilité de la face dorsale des doigts est peu développée ; au contraire, la face palmaire et la pulpe des doigts où réside le sens du tact est

particulièrement apte à effectuer et diriger le travail de dilatation en le contrôlant (1). »

Voici comment MM. Dubrisay et Jeannin (2) exposent la technique de la dilatation bi-manuelle de Bonnaire : « La femme est mise en position obstétricale et *anesthésiée ;* la vulve et le vagin sont rigoureusement aseptisés ; la vessie est vidée. On a eu soin d'évacuer le rectum au préalable.

« Supposons le col long ; l'index de la main droite (enduite de vaseline antiseptique) pénètre dans le canal cervical par des mouvements de vrille et va accrocher l'orifice interne qu'il s'efforce de dilater. Dès que la chose est possible, on introduit le médius droit près de l'index, ces deux doigts forcent l'orifice interne, pour faire place aux deux doigts correspondants de la main gauche. Ceux-ci sont introduits de façon à s'accoler aux doigts correspondants par la face dorsale. Ces quatre doigts agissant dans le sens de la flexion, opèrent un véritable massage excentrique du col, qu'ils fatiguent en tous sens : à gauche, à droite, en haut, en bas. Bientôt, un cinquième doigt peut venir se joindre aux précédents, suivi au bout de quelque temps de son homonyme du côté opposé. Il arrive un moment où les 8 grands doigts sont introduits dans le col qu'ils distendent périphériquement. La dilatation est complète quand on *atteint simultanément les deux*

(1) Bonnaire. — *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*

parois pelviennes et ceci suivant tous les diamètres. Pour s'en rendre compte, il n'y a qu'à rabattre en ailes de papillon les deux mains en faisant jouer les doigts autour de l'axe commun, formé par l'adossement des articulations métacarpo-phalangiennes.

« Comme on le voit, le principe de la méthode consiste à *faire usage de la pulpe et de la face palmaire des doigts*, c'est-à-dire de leur région où le tact est plus développé, le plus intelligent : de cette façon, on se rend compte à chaque minute du travail produit ; on voit se former la moindre éraillure, et l'on peut prévenir une déchirure plus profonde.

Une fois complètement dilaté, le col a l'apparence non d'un orifice, mais d'un long canal souple et dilatable qui pend dans le vagin. M. Bonnaire conseille d'y introduire la main pour l'en extraire en fermant le poing, façon pratique de contrôler la parfaite dilatation » (Dubrisay et Jeannin) (1).

(1) *Loc. cit.*

OBSERVATIONS

Observation I

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia central partiel hémorragique. Épaule. Grossesse de 6 mois, avortement, évolution spontanée.

P... Augustine, 41 ans, concierge.

Entrée le 30 novembre à 4 heures du matin.

Pas d'antécédents remarquables, pas de traces de syphilis.

A toujours bien marché, bassin normal.

1 grossesse antérieure à terme avec application de forceps.

2me grossesse, actuelle. — Dernières règles, le 10 mai. — Grossesse de 6 mois environ.

Hémorragie abondante à l'arrivée. Auscultation négative. Dilatation comme une paume de main : on sent une masse placentaire à l'orifice utérin ; à gauche, on reconnaît une épaule en partie engagée.

A 6 heures du matin, M. Bonnaire constate que l'épaule est tombée dans le vagin ; l'évolution spontanée s'effectue.

Extraction d'un fœtus de 1100 grammes.

Délivrance une demi-heure après. Placenta pèse 180 grammes, il était partiel.

Suites de couches : physiologiques.

Observation II

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia non hémorragique s'insérant à 1 centimètre de l'orifice. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Présentation de l'épaule. Enfant mort.

B... Marguerite, 19 ans.

Pas d'antécédents.

A toujours bien marché. Bassin normal.

Une première grossesse terminée à 7 mois, enfant né par le sommet, mort trois jours après sa naissance.

2e Grossesse, actuelle.

Entre à la Maternité de Lariboisière étant au terme de 6 mois 1/2 environ d'après le volume de l'utérus.

Utérus dur, contracté, on ne peut apprécier aucune partie fœtale.

Auscultation nulle.

Membranes rompues ; on arrive directement sur un bras engagé dans le vagin, épaule engagée, dilatation comme une paume de main, l'évolution a déjà commencé.

Les contractions sont fortes et très rapprochées, la parturiente fait des efforts énergiques.

Dégagement spontané par déroulement, on ne fait même pas la manœuvre de Mauriceau.

Garçon mort pesant 1450 grammes.

Délivrance naturelle complète. Placenta pèse 450 grammes ; il s'insérait à 1 centimètre de l'orifice.

Injection utérine iodée.

Bonnes suites de couches.

Observation III

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral s'insérant à 6 centimètres de l'orifice. Accouchement prématuré. Hémorragie retro-placentaire. Douleurs de reins. Présentation du siège décomplété mode des pieds.

A... Marie, 24 ans. Institutrice entrée le 6 octobre, 10 heures du soir, dans le service du Dr Bonnaire. Pas d'antécédents importants. Bassin normal.

1° Une première grossesse en 1901 terminée spontanément au terme de 7 mois, fille bien portante.

2° Grossesse actuelle : Dernières règles le 10 février. La femme est arrivée au terme de huit mois environ. La grossesse a évolué normalement jusque-là. Il y a 3 semaines, cette femme fait un voyage (au Tréport) aller et retour dans la même journée, puis jeudi dernier, 1er octobre, a éprouvé une émotion violente, a ressenti des douleurs dans le ventre et dans les reins, elle a fait appeler un médecin qui conseilla le repos absolu. Les douleurs ont cessé un peu ; hier dans la journée, la malade dit avoir eu plusieurs frissons et une élévation de température. Elle souffre à nouveau dans les reins et se plaint de tiraillements dans les cuisses. Le médecin, demandé une deuxième fois, ordonne son transport à l'hôpital. Il la prévient que son enfant doit être mort ; elle dit elle-même ne plus sentir remuer son enfant depuis plusieurs jours.

Le ventre est tendu, ce qui rend le palper très difficile ; on ne peut reconnaître aucune partie fœtale. Rien dans l'excavation ; col incomplètement effacé, perméable dans toute son étendue. Pas de bruits du cœur du fœtus ; température 38°6 ; pouls 120, urines normales.

7 octobre, 4 h. 30 matin. Rupture spontanée des membranes, liquide amniotique très abondant. La dilalation est de 5 fr. ; on arrive directement sur les pieds engagés dans le vagin. Pas de bruits du cœur du fœtus. Aussitôt après l'écoulement du liquide, la femme perd une grande quantité de sang noirâtre mélangé de caillots. Les muqueuses se décolorent ; mais le pouls est bon, assez bien frappé. Utérus en forme de sablier.

5 h 30. — Accouchement spontané d'un enfant mort-né en présentation du siège décomplété mode des pieds: 1900 gr.

Délivrance naturelle et complète : placenta 430 gr. ; caillots 350 gr. accumulés derrière le placenta. Celui-ci est épais, a un aspect blanc lavé.

Suites de couches : La femme fait pendant quelques jours des accidents d'infection. Finalement, elle se rétablit et part en bon état.

Observation IV

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral non hémorragique. Accouchement prématuré (7 mois). Rupture prématurée des membranes. Procidence du cordon. Mort du fœtus. Présentation de l'épaule. Evolution spontanée.

B... Marie, 22 ans, domestique, entre à la Maternité de Lariboisière le 20 janvier à 10 heures du matin. Fièvre typhoïde à 14 ans. Bassin normal ; 1re grossesse à 20 ans, accouchement à terme, fille vivante.

2e grossesse, actuelle ; dernières règles le 4 juin : grossesse de 7 mois environ ; arrive en plein travail ; membranes rompues depuis 6 heures du matin, procidence du cordon. Depuis la veille, la femme ne sent plus remuer, auscultation nulle. La dilatation est d'une paume de main. A 4 heures après-midi,

dilatation complète. A 4 heures 30, expulsion du fœtus qui se présente par l'épaule gauche. Evolution spontanée. Enfant pesant 1530 grammes. A 4 heures 45, expulsion spontanée du placenta, pesant 480 grammes, s'insérant à 8 centimètres de l'orifice. Injection utérine iodée. Bonnes suites de couches.

Observation V

(service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia partiel hémorragique. Epaule. Procidence du cordon. Version. Craniotomie.

D... Zélie, 24 ans.

Entrée le 20 mars à 10 heures du soir à la Maternité de Lariboisière.

Pas d'antécédents.

A toujours bien marché. Bassin normal.

Primipare. Dernières règles le 31 juin, à terme.

Hémorragies répétées à partir du septième mois, devenant de plus en plus abondantes.

Présentation d'une épaule en dorso-antérieure. La femme est pâle, pouls petit mais bien frappé. Utérus rétracté. Auscultation nulle.

Col long, placenta partiel, procidence du cordon. La femme perd peu. On lui fait néanmoins un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, 500 grammes de sérum chirurgical, 20 grammes de sérum antistreptococcique.

Le tamponnement est retiré à 10 heures du matin le lendemain.

A 11 heures du matin, M. Brindeau, fait la dilatation bimanuelle du col et trouve un fœtus en présentation de l'épaule (?) dos en avant. Il amène assez facilement un pied à la vulve, l'autre jambe est repliée, le talon au niveau de la tête et le siège est amené hors de la vulve avec beaucoup de difficulté. Reste

la tête : le col enserre le cou ; il est refoulé et la manœuvre de Mauriceau est tentée plusieurs fois mais sans succès. On a recours alors au perce-crâne de Blot et l'extraction se termine aussitôt.

Fœtus macéré pesant 3050 grammes.

Délivrance immédiate. Placenta pèse 400 grammes, prœvia partiel.

Injection utérine iodée, tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. Enveloppement dans linges chauds. Sérum. Caféine, todds.

23 mars. — La température monte à 40°5. La femme a une eschare vulvaire.

La température, malgré les soins les plus grands, se maintient toujours au-dessus de 39° jusqu'au 26 juin, date de la mort de la femme.

Observation VI

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prœvia latéral, non hémorragique, s'insérant à 3 centimètres de l'orifice, pesant 530 grammes. Inertie utérine. Bosse séro-sanguine volumineuse. Douleurs de reins. Chevauchement des os du crâne. Forceps.

L... Marguerite, lingère, 19 ans, entre le 6 septembre à 5 heures du matin à la Maternité de Lariboisière. Bassin normal. Primipare à terme. Sommet en GT. Dilatation comme 1 franc. Membranes rompues à 4 heures du matin. Contractions espacées et faibles. Ventre volumineux, parois très épaisses. Œdème sus-pubien, œdème des membres inférieurs : urines normales.

7 heures du soir : dilatation comme 5 francs ; la tête s'engage, mais on constate une bosse séro-sanguine qui commence à se former.

11 heures 45 du soir : dilatation complète ; les os du crâne chevauchent ; la bosse séro-sanguine est très volumineuse ; les contractions sont peu énergiques, et peu rapprochées; la femme se plaint surtout de douleurs de reins et pousse faiblement à chaque contraction. Les bruits du cœur du fœtus sont bons. Après deux heures d'efforts expulsifs, la tête a peu progressé.

1 heure 30. Chevauchement considérable des os ; OIGA. Les contractions s'espacent de plus en plus, la femme ne peut plus pousser.

1 heure 45. Application de forceps ; extraction d'un garçon vivant, mais criant mal, ranimé complètement au bout de trois quarts d'heure, pesant 3.530 grammes ; on le met en couveuse avec de l'oxygène. Délivrance naturelle complète. 20 minutes après l'accouchement; le placenta pèse 530 grammes. Injection utérine iodée. Le placenta se trouvait à 3 centimètres du col.

Bonnes suites de couches.

Observation VII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral s'insérant à 8 cm. de l'orifice, pesant 770 grammes. Non hémorragiques. Obstacle à la rotation du tronc. Insuffisance des contractions.

La femme... 25 ans, cuisinière, avait été soignée pour syphilis pendant sa grossesse, 1 mois de sirop de Gibert. A son entrée à l'hôpital, l'utérus contient un fœtus en O I D P, à peine fixé ; hydramnios. Pendant l'accouchement, l'utérus ne se contracte pas très bien. Les contractions sont irrégulières et peu accusées. La tête éprouve de la difficulté à s'engager. Elle appuie insuffisamment sur le col. La dilatation se fait

lentement ainsi que l'expulsion. La tête se dégage en O P, mais le tronc ne peut effectuer sa rotation complète, il se dégage en position transverse. Fille pesant 3850 grammes. Placenta pesant 770 grammes, s'insérait à 8 centimètres de l'orifice. Pas de complications. Bonnes suites de couches.

Observation VIII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia marginal, pesant 510 grammes, non hémorragique. Insuffisance des contractions. Longueur du travail. Tête mal fléchie. Absence de rotation. Bosse séro-sanguine. Inertie utérine. Forceps. Enfant vivant, pesant 3250 gr.

B... Marie, 23 ans, femme de chambre, entrée le 7 octobre. Pas d'antécédents. Primipare. Bassin normal. Dernières règles le 10 décembre. A terme. Sommet en GA. Col long, fermé. Fœtus vivant.

7 octobre. — Vers 1 heure, après-midi, apparition des premières douleurs ; à 7 heures du soir, rupture spontanée des membranes, liquide normal, bruits du cœur bons, dilatation comme 1 franc. Contractions assez régulières toute la nuit.

8 octobre. — 9 heures du matin : dilatation presque complète. Sommet engagé en GA : on atteint facilement les deux fontanelles. A partir de ce moment, les contractions s'espacent, la malade fait des efforts expulsifs pendant 1 heure 30 sans progression de la tête.

Examen de M. le Dr Bonnaire à 10 heures 45. Orifice incomplètement dilaté, mais souple, très dilatable ; tête engagée, mal fléchie ; rotation non faite ; légère bosse séro-sanguine ; inertie utérine. Application de forceps dans l'excavation. Extraction d'un garçon vivant pesant 3250 grammes. Délivrance naturelle, complète, placenta pesant 500 grammes, marginal. Injection utérine iodée.

Pas de complication. La femme sort le 30 octobre dans un état satisfaisant.

Observation IX

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia latéral non hémorragique, s'insérant à 4 cm. de l'orifice. Tête mal fléchie. Rupture du périnée

G... Mathilde, 22 ans, couturière ; entre le 4 octobre à cinq heures du matin, à la Maternité de Lariboisière.

Pas d'antécédents.

A toujours bien marché, bassin normal.

Primipare. Dernières règles sont celles du 12 décembre (?) à terme.

Sommet en O I D P. Membranes intactes. Col incomplètement effacé. La tête est mal fléchie.

10 heures du soir. Dilatation complète ; rupture artificielle des membranes.

Période d'expulsion durant 2 heures.

Accouchement spontané : garçon vivant pesant 3200 grammes.

Rupture incomplète du périnée.

Délivrance normale. Placenta pèse 500 grammes, il s'insérait à 4 cm. de l'orifice interne.

Observation X

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia latéral s'insérant à 4 centimètres de l'orifice. Membranes rompues. Présentation de la face. 3 circulaires du cordon. Enfant né en état de mort apparente ; ranimé.

B... Virginie, 30 ans, femme de ménage, entre dans le service de M. le Dr Bonnaire le 10 novembre à 2 h. 30 du soir.

Pas d'antécédents pathologiques. Bassin normal. Première grossesse à 22 ans, accouchement spontané à terme, garçon vivant, bien portant.

Deuxième grossesse actuelle. Dernières règles le 15 février. Premières douleurs à huit heures du matin, le 10 novembre. A 1 h. 30 du soir, rupture de la poche des eaux. L'utérus correspond à une grossesse à terme ; auscultation nulle.

Présentation de la face, on sent bien le nez et la bouche. Après l'examen de la femme, il commence à s'écouler du liquide amniotique noir verdâtre, donnant des inquiétudes pour la vie de l'enfant.

A 2 h. 50, dilatation complète.

A 3 heures, expulsion d'un garçon pesant 2850 grammes, en état de mort apparente, mais qu'on parvient à ranimer. Le cordon faisait 3 circulaires autour du cou. Délivrance par expression à 3 h. 30. Cordon mesurant 1 mètre. Le placenta pèse 500 grammes et commençait à s'insérer à 4 cm. de l'orifice interne.

Injection utérine iodée. Bonnes suites de couches.

Observation XI

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta partiel hémorragique, pesant 410 grammes. Présentation transversale. Accouchement méthodiquement rapide. Application de forceps sur tête dernière.

M... Louise, 18 ans, corsetière, entre le 25 septembre à 10 heures du matin dans le service de M. Bonnaire. Bassin normal.

Primipare. Dernières règles du 14 au 18 juillet, grossesse de 8 mois environ. Quatre hémorragies, durant 8 jours chacune (?). Fœtus placé transversalement, dilatation comme 2 francs. Membranes intactes. Bruits du cœur sont bons. Accouchement méthodiquement rapide par M. Bonnaire.

Dilatation bi-manuelle en quelques minutes; version. On éprouve quelques difficultés au passage de la tête: la tête est retenue, gênée qu'elle est par le placenta = coincement de la tête. Application du forceps sur tête dernière. Une partie du placenta, un tiers environ, accompagne la tête. Garçon vivant, pesant 2520 grammes. La partie du placenta qui restait est expulsée 5 minutes après. Injection utérine iodée. Suites de couches physiologiques.

L'enfant mis en couveuse meurt le 25 octobre (1 mois environ) de broncho-pneumonie.

Observation XII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral non hémorragique, pesant 850 grammes, s'insérant à 6 centimètres de l'orifice. Présentation de l'épaule droite. Procidence du cordon. Version. Garçon pesant 4720 grammes, né en état de mort apparente, non ranimé.

G... Augustin 35 ans, porteuse de journaux, entre à la Maternité de Lariboisière le 14 février à 1 heure 30. Pas d'antécédents héréditaires. Bassin normal. 7 accouchements terminés normalement. 1 avortement (?).

IXme grossesse, actuelle. Dernières règles le 21 mai; à terme. Présentation de l'épaule droite en AIG. Une anse du cordon est dans le vagin. Le bassin est normal. Les membranes sont rompues depuis 7 heures 31 du matin. On sent encore quelques faibles ondulations dans le cordon; elles cessent bientôt. Le col est très dilatable. A 1 heure 30, M. Bonnaire fait la version par manœuvre interne et extrait rapidement un garçon, pesant 4720 grammes, en l'état de mort apparente; on ne peut le ranimer. Délivrance naturelle complète. Placenta pesant 880, s'insérant à 6 cm. de l'orifice. Injection utérine iodée. Bonnes suites de couches.

Observation XIII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral non hémorragique. Présentation de l'épaule. Accouchement méthodiquement rapide. Tête retenue. Forceps. Enfant né en état de mort apparente.

M... Lucie, 31 ans, entrée à Lariboisière à 4 heures du soir.

A toujours bien marché ; bassin normal.

5 accouchements antérieurs se sont effectués spontanément et à terme.

Arrivée à 4 heures du soir, près du terme : présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure ; enfant vivant ; dilatation comme 5 frs ; poche des eaux bombant à la vulve. Pendant le toucher, la poche des eaux se rompt.

M. Mettey, interne du service fait la dilatation bi-manuelle du col, puis la version par manœuvres internes ; la tête se trouvant retenue (coincée par le placenta sans doute) il fait une application de forceps. Extraction d'un garçon en état de mort apparente, il est ranimé au bout de 10 minutes : il pèse 2700.

Délivrance naturelle complète : poids 500 grammes, petit côté des membranes mesure 2 centimètres.

Enfant et mère bien portants.

Observation XIV

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia marginal non hémorragique. Grossesse de 7 mois 1/2. Epaule. Version. Enfant faible. Mort 24 heures après sa naissance.

Ch... Irma, 20 ans, repercuse.

Entrée lo 7 août à 11 heures 30 du soir.

Père mort poitrinaire ; la femme a une bonne santé habituelle.

Elle a toujours bien marché, bassin normal.

Antérieurement, 2 accouchements : le 1er à terme et spontané, le 2e à 8 mois, sommets. Les deux enfants sont morts en bas âge.

3e grossesse, actuelle. Dernières règles le 24 décembre ; grossesse de 7 mois 1/2 environ.

Les douleurs ont commencé le 7 août à 10 heures du matin ; jusqu'à 10 heures du soir la femme reste chez elle : elle n'est vue par personne.

A 11 heures, elle arrive à Bichat et on l'envoie chez une sage-femme agréée. Celle-ci examine la parturiente : les membranes venant de se rompre spontanément, elle constate qu'il y a un bras dans le vagin.

La femme est amenée en ambulance le 8 août à 1 heure 30 du matin à la Maternité de Lariboisière.

Grossesse de 7 mois 1/2. Bruits du cœur fœtal sont bons ; la dilatation est complète ; membranes rompues, le bras droit est dans le vagin. Présentation de l'épaule droite en position gauche.

L'interne du service va à la recherche des pieds sous chloroforme, saisit et amène un pied qu'il fixe par un lacs, recherche ensuite du second pied. Extraction facile d'un garçon de 2100 grammes qui crie rapidement (2 heures 15 matin).

Délivrance complète 5 minutes après. Injection iodée. Le placenta était marginal.

Bonnes suites de couches.

L'enfant meurt 48 heures après l'accouchement.

Observation XV

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia marginal, pesant 300 grammes. Epaule. Version. Enfant ranimé pesant 1250 grammes. Mort 36 heures après sa naissance (Hémorragie méningée).

C... Maria, 30 ans, domestique.

Entrée le 4 juin, 7 heures du soir, à la Maternité de Laribosière, dit avoir toujours bien marché, bassin normal.

Deux accouchements antérieurs à terme et spontanés, enfants bien portants.

Troisième grossesse, actuelle. Enceinte de 6 mois environ, présentation de l'épaule gauche en position gauche, variété acromiale; la dilatation est de 1 fr ; membranes intactes; la femme perd du sang et a quelques contractions; les bruits du cœur du fœtus sont bons.

Un lavement laudanisé est donné à la femme : les contractions ne s'arrêtent pas.

Le 5 juin à 1 heure après-midi, M. le Dr Bonnaire fait la version par manœuvres externes, mais la partie fœtale ne reste pas au détroit supérieur, maintenue qu'elle est cependant par un tampon et un bandage.

Pendant toute la journée, la femme a peu de contractions.

A 11 heures 15' du soir, la dilatation est complète. Les membranes sont toujours intactes. La rupture en est faite par Mme Orsat, sage-femme en chef, qui constate que l'épaule commence à s'engager.

M. Devraigne, interne du service, pratique immédiatement la version par manœuvres internes ; elle est assez pénible : extraction d'une fille ranimée au bout de dix minutes pesant 1250 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Le placenta pèse 300 grammes, il était marginal.

Bonnes suites de couches.

L'enfant meurt 36 heures après sa naissance. A l'autopsie, on trouve une suffusion sanguine sous-péricranienne, une hémorragie méningée, une hémorragie ventriculaire gauche.

Observation XVI

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral non hémorragique. Accouchement prématuré (8 mois). Membranes rompues. Présentation de l'épaule. Version podalique par manœuvre mixte. Procidence du cordon. Extraction d'un enfant mort.

D... Joséphine, 39 ans, ménagère, entre le 25 décembre à 8 heures du soir. Pas d'antécédents pathologiques, bassin normal. Sept accouchements antérieurs à terme et spontanés.

VIIIe actuel. Dernières règles le 3 avril, grossesse de 8 mois. Engagement de l'épaule gauche en A I D. Bruits du cœur sont bons. Légères douleurs, utérus se contractant bien. Col dilatable comme 5 francs. On reconnaît le bras gauche dans le vagin. Un assistant du service fait la version mixte de Braxton Hicks : un pied est assez facilement amené à la vulve, on y fixe un lacs. On est obligé de se servir du chloroforme, la malade étant rebelle, nettement éthylique. De 11 heures à 11 heures 30 du soir, la femme a très peu de douleurs ; les bruits du cœur sont ralentis, mais perceptibles ; le membre inférieur abaissé descend peu à peu. A 11 heures 30 on n'entend plus les battements du cœur : le siège est descendu dans le vagin et le cordon forme une petite anse au-dessous du col,

enserrant fortement le tronc. La dilatation est rapidement complétée ; on fait une anse au cordon qui ne bat plus. On abaisse les 2 bras relevés, et par des tractions aidées de l'expression, on extrait la tête dernière. Le cœur de l'enfant ne bat plus, on essaie en vain de le ranimer. Il pèse 1900 grammes. Délivrance artificielle : Placenta pèse 400 grammes ; il s'insérait à 5 centimètres du col. Injection utérine iodée. Bonnes suites de couches.

Observation XVII

(service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia non hémorragique s'insérant à quatre centimètres du col. Fœtus mort. Procidence du cordon.

G... Odile, 26 ans, couturière entrée 23 novembre 5 heures matin. Primipare toujours bien portante. Grossesse à terme O I G A. A l'auscultation pas de bruits du cœur ; d'ailleurs cette femme ne sent plus remuer depuis un jour 1/2.

M. Bonnaire recherche la cause de la mort du fœtus ; suppose une procidence du cordon, mais au toucher il ne sent rien ; à 2 fr. de dilatation on constate une petite anse du cordon sur le pariétal gauche du fœtus. Elle devient très apparente à la dilatation complète. Au moment de la rupture de la poche des eaux, elle tombe dans le vagin. Longueur du cordon 110 centimètres.

Accouchement spontané.

Délivrance spontanée complète.

Examen du placenta : Le plus petit côté des membranes mesure 4 centimètres. Placenta prævia latéral, non hémorragique.

Observation XVIII

(personnelle)

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia central partiel, hémorragique. Procidence du cordon. Mort de l'enfant. Accouchement prématuré.

P... Louise, 22 ans, ménagère, entre le 25 juin à 2 heures 30 du matin dans le service de M. Bonnaire. Pas d'antécédents. Bassin normal. Avortement de 6 semaines l'année précédente.

IIme grossesse. Dernières règles du 18 au 20 novembre, 7 mois 1/2 environ. Hémorragie depuis la veille, 9 heures du soir, non douloureuse mais assez abondante. Dilatation comme un franc. OIGA. Pas de bruits du cœur. Procidence du cordon, pas de battement. On sent le placenta au-dessus de l'orifice interne. La femme ne sent plus remuer depuis deux jours. A 7 heures du matin, pouls 88 puls., sérum 500 grammes. Accouchement spontané à 10 heures. Garçon mort et macéré pesant 1320 grammes. Délivrance naturelle complète, placenta prævia partiel, pesant 310 grammes. Suites de couches physiologiques.

Observation XIX

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral, pesant 470 grammes, s'insérant à 6 centimètres de l'orifice. Circulaire serré. Enfant né étonné, ranimé.

G... Marie, 24 ans, tisseuse, entre à la Maternité de Lariboisière le 15 novembre à 6 heures du soir. Bonne santé habituelle. Bassin normal.

Primipare, dernières règles le 20 février, près du terme. OIGA. Dilatation de 1 franc. Membranes intactes. Bruits du

cœur bons. Contractions fortes et rapprochées. A 10 heures du soir, dilatation complète ; rupture artificielle des membranes ; le liquide amniotique est vert, les bruits du cœur restant bons. Aussitôt la tête se dégage ; on constate un circulaire serré autour du cou, on le sectionne entre deux pinces. L'enfant pesant 2920 grammes, né étonné, est ranimé au bout de quelques minutes. Délivrance naturelle et complète 15 minutes après l'accouchement ; placenta pèse 470 grammes ; s'insérait à 6 centimètres de l'orifice interne. Bonnes suites de couches.

Observation XX

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia non hémorragique. Longueur du travail. Procidence d'un bras. Circulaire du cou. Bosse séro-sanguine très développée.

B... Marie, 24 ans, domestique ; entre à la Maternité de Lariboisière le 7 août à 9 heures du soir ; a toujours bien marché, bassin normal.

Primipare à terme.

Poche des eaux rompue à 2 heures du matin (8 août) ; à 6 heures du soir dilatation complète ; à 7 heures et demie expulsion d'un garçon avec procidence d'un bras et un circulaire autour du cou. Bosse séro-sanguine très développée sur l'occipital droit.

Enfant pèse 3580 grammes.

Placenta pèse 580, commençait à s'insérer à 3 centimètres de l'orifice interne.

Pas d'hémorragie à aucun moment.

Bonnes suites de couches.

Observation XXI

(Service de M, le Dr Bonnaire)

Placenta prævia non hémorragique distant de 4 centimètres de l'orifice. — Accouchement prématuré à 8 mois 1/2. — Circulaire du cou.

D... Marie, 30 ans, journalière, entre à la Maternité de Lariboisière le 19 juillet, 10 heures du matin.

Pas d'antécédents. Bassin normal.

4 accouchements antérieurs à terme sans accidents; 1 fausse couche de 3 mois 1/2.

La femme est au terme de 8 mois 1/2 environ, OIGA.

Accouchement spontané.

On contaste un circulaire autour du cou.

Garçon vivant pesant 2950 grammes.

Délivrance normale et complète : poids 400 grammes, longueur du petit côté des membranes : 4 centimètres.

Observation XXIII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral. — Trois circulaires très serrés autour du cou

L... Julia, 29 ans, couturière ; pas d'antécédents, bassin normal.

II pare : première grossesse à terme sans complications.

2e grossesse, actuelle.

A terme, OIDP.

Accouchement spontané, aucun incident pas, d'hémorragie; 3 circulaires très serrés autour du cou qu'on sectionne entre 2 pinces.

Le placenta s'insérait à 6 centimètres de l'orifice ; cordon normal.

Observation XXII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia latéral, non hémorragique, pesant 650, s'insérant à 6 centimètres de l'orifice interne, rupture prématurée des membranes. — 4 circulaires autour du cou.

B... Joséphine, 37 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière le 9 janvier à 6 heures 30 du matin.

Pas d'antécédents. Bassin normal.

Primipare, à terme. Enfant vivant.

Dilatation comme 2 francs à son arrivée. Membranes rompues. Liquide amniotique teinté de méconium. Dilatation complète après un grand bain. Expulsion à 8 heures 30 du soir d'un garçon en état de mort apparente, mais qu'on peut ranimer en quelques minutes, pesant 3200 grammes. Quatre circulaires autour du cou, peu serrés. Délivrance naturelle complète, placenta pesant 650 grammes, s'insérait à 6 centimètres de l'orifice interne. Injection utérine iodée. Bonnes suites de couches.

Observation XXIV

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia partiel hémorragique. Procidence des 2 mains. Accouchement forcé à 7 mois. Fille non ranimée.

L... Léonie, 26 ans, entre à la Maternité de Lariboisière le 13 décembre, 10 heures du matin. Sans antécédents pathologiques, sauf la variole à 6 ans. 4 grossesses du même père, à terme ; 2 enfants morts en bas âge, on ne sait de quoi.

Cinquième grossesse, actuelle. Dernières règles le 21 mai. A son entrée, la femme dit avoir perdu en ville une quantité

notable de sang. Son état général est bon. La grossesse correspond à 7 mois environ. Les bruits du cœur sont assez bons. Elle n'est pas en travail. M. le Dr Bonnaire diagnostique un placenta prœvia partiel ; la tête se présente avec procidence des deux mains. Les bruits du cœur se modifiant, il fait l'accouchement forcé par son procédé. On commence à 10 heures 10 la dilatation par la méthode bi-manuelle qui dure environ 10 minutes, ensuite version par manœuvres internes. Le placenta se trouvant en avant du fœtus, M. Bonnaire est obligé de le déjeter de côté : Extraction de l'enfant à 11 heures 20, fille pesant 1680 grammes, en état de mort apparente. On ne peut la ranimer. Le placenta est extrait en même temps que le fœtus, injection iodée. Révinion de l'utérus. La femme fait un peu de fièvre (38°) le lendemain. Bonnes suites de couches.

Observation XXV

(Service de M. le Dr Porak) (1)

Placenta prœvia marginal. Sommet. Procidence du cordon et d'un petit membre. Rétropulsion. Accouchement spontané.

OIGA

X..., 30 ans, couturière.

Entre le 9 décembre 1901 à la Maternité.

Elle ignore l'âge auquel elle a marché.

Elle a déjà eu trois grossesses à évolution normale.

Quatrième grossesse : actuelle.

Les dernières règles datent du 10 mars. La femme est à terme.

Le 9 décembre 1901, elle ressent quelques douleurs au début de la journée et entre à l'hôpital. A l'examen, on constate

(1) Nocton, *Thèse*, Paris 1904.

qu'elle est en travail. Le diagnostic de sommet mobile est porté. La poche des eaux, volumineuse, se rompt pendant le toucher, il s'écoule 600 grammes de liquide environ. A ce moment, le cordon et un petit membre tombent dans le vagin. On les rétropulse. La tête vient alors s'appuyer sur l'orifice. La procidence ne se reproduit pas.

A 10 h. 25, dilatation complète ; en deux contractions, la tête se dégage et l'on extrait un enfant vivant pesant 3,200 grammes.

A l'examen du placenta, on remarque qu'il n'existe pas de petit côté de membrane. Il y a donc insertion marginale du placenta.

Observation XXVI

(Service de M. le docteur De Bovis) (1)

Placenta prævia non hémorragique, s'insérant à 5 centimètres. Sommet. Procidence des deux mains. Accouchement spontané. Bassin normal.

S..., 19 ans, journalière.

Entre le 11 septembre 1903 à la Maternité de l'hôpital de Reims.

Ne se rappelle pas à quel âge elle a marché.

Réglée à 17 ans irrégulièrement.

Primipare.

Ses dernières règles datent du 15 janvier 1903. Elle n'a que 7 mois et demi de gestation.

Au palper, on porte le diagnostic d'occipito-iliaque en droite postérieure.

Au toucher, on arrive sur une partie ronde, dure : la tête. La poche des eaux se rompt à 10 heures. A ce moment, les deux mains viennent faire procidence.

---

(1) Nocton. *Loc. cit.*

L'accouchement se termine seul. L'enfant vivant pèse 1500 grammes.

La rupture des membranes s'est effectuée à 5 centimètres du bord.

Observation XXVII

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia central partiel, hémorragique. Sommet avec procidence d'un bras, d'un pied et du cordon. Dilatation bimanuelle. Arrachement de quelques cotylédons placentaires pour permettre la dilatation. Impossibilité d'appliquer le forceps. Réduction de la tête (perforation, cranioclasie). Arrêt de l'hémorragie.

H... Marie, 41 ans, mécanicienne, entre le 4 mars à 11 h. du soir dans le service de M. Bonnaire.

Pas d'antécédents. Bassin normal. 2 accouchements antérieurs spontanés, à terme, enfants vivants.

3e grossesse. Dernières règles le 20 juillet, 7 mois. Le 11 février, à minuit, la femme a perdu brusquement, sans douleur, une petite quantité de sang (injections vaginales très chaudes). Le 21 février, à 4 heures du matin, nouvelle perte de sang, un peu plus abondante qui dura jusque dans la soirée (injections vaginales chaudes, repos au lit pendant trois jours). Le 4 mars, à 5 heures du soir, contractions utérines faibles, hémorragie très abondante, injections vaginales chaudes. L'hémorragie continuant, la femme entre à l'hôpital. Sommet non engagé en D T. Enfant vivant, membranes intactes. Dilatibilité comme 1 franc.

A gauche et en arrière, on arrive sur la masse placentaire. Pouls = 02. Température = 36°5. Vers 10 heures, le 5 mars la femme perd brusquement et en assez grande quantité, elle

a tendance à la syncope. M. Bonnaire décide l'accouchement forcé.

10 h. 40, deux index sont introduits dans le col qui a toute sa longueur, — 3 doigts, — puis 4 et 5 sont introduits successivement.

Partout, les doigts arrivent sur du placenta. Cependant on arrive à droite et en avant sur les membranes, qui sont rugueuses ; le placenta est donc inséré à gauche et en arrière, M. Bonnaire reconnaît le sommet accompagné de la procidence d'un bras, d'un pied et du cordon.

10 h. 45, 6 doigts sont introduits dans le col, celui-ci est toujours long.

10 h. 52, arrachement du placenta par lambeaux. Pendant ces manœuvres, on fait 400 grammes de sérum.

10 heures: 53 rupture des membranes à l'aide d'une longue pince : le placenta gênant, faisant taquet, on l'arrache encore en partie.

10 heures 55 ; la dilatabilité permet l'introduction de la branche gauche du forceps ; la branche droite ne peut être introduite. On continue l'extraction du placenta avec la pince mouchette du Dr Bonnaire.

11 heures : perforation de la tête, application du cranioclaste, sortie de toute la substance cérébrale et extraction d'un fœtus pesant 1090 grammes. Délivrance artificielle, le placenta est très déchiqueté, aplati ; les membranes sont déchirées. Revision attentive de l'utérus. Injection utérine iodée. La femme ne saigne plus, elle va relativement bien.

5 mars au soir : la malade ne perd pas de sang, elle se trouve bien ; on lui fait à deux reprises différentes 500 grammes de sérum artificiel. Elle a pris dans les 24 heures : 3 todds, 2 pots de thé au rhum. Temp. soir = 37,5; pouls 120.

6 mars : matin = Temp. 36,7, pouls 100. La malade a passé une bonne nuit, elle se trouve bien. Le soir, T = 38°. Injection vaginale, injection utérine iodée.

7 mars : bonne nuit, température normale. Injection vaginale.

La malade se rétablit rapidement. Elle sort en parfait état le 15 mars.

Observation XXVIII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia hémorrhagique latéral. Accouchement méthodiquement rapide. Version. Garçon né étonné.

C... Jeanne, 28 ans, giletière, entre le 30 janvier, 1 h. matin; pas d'antécédents, bassin normal.

II pare.

1er accouchement spontané et à terme.

2e actuel, dernières règles 30 mai, 8 mois; la grossesse a été normale jusqu'au 4e mois. Elle a eu depuis, cinq hémorrhagies survenant toutes dans la nuit vers 3 h. du matin, indolores.

Le 30 janvier, à 10 h. du soir, la malade est prise de syncope après une violente hémorrhagie (2 litres de sang), on l'amène. A l'hôpital à son arrivée (10 h. matin), elle perd beaucoup, d'une façon continue, son état est grave. Au toucher. col dilatable comme 1 fr.; le doigt arrive sur le placenta. Injection de 500 gr. de sérum. Dilatation bi-manuelle du col; à la dilatation d'une paume de main on arrive sur les membranes. Le placenta inséré sur le côté gauche descend hors du col. Durée de la dilatation 25 minutes. Rupture des membranes. Version par manœuvres internes Extraction facile du siège et des épaules. La tête est serrée par le placenta qui s'engage dans le vagin (coincement). Enfant né étonné ranimé au bout de 10 minutes. Le placenta vient immédiatement, membranes encore très adhérentes, détachées artificiellement.

Injection intra-utérine.

500 gr. sérum.
Femme encore faible pendant quelques jours.
Elle se rétablit et sort le 18 février en bonne santé.

Observation XXIX

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia latéral s'insérant à 3 centimètres du col, pesant 400 grammes. Un circulaire du cou. Déchirure du périnée.

N... Marie, ménagère, 27 ans. Entre le 11 octobre. Pas d'antécédents. Bassin normal.

Primipare. Dernières règles du 1 au 4 janvier. Grossesse à terme. O I G A. Col complètement effacé, membranes intactes. Accouchement spontané, fille vivante pesant 2.750 grammes. Délivrance naturelle complète, placenta pesant 400 grammes, insertion placentaire à 3 centimètres du col. On a constaté, au cours de l'accouchement, un circulaire du cordon autour du cou; une déchirure superficielle incomplète du périnée : un point de suture. Bonnes suites de couches.

Observation XXX

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia partiel hémorragique, pesant 350 grammes. Accouchement prématuré (7 mois 1/2). Dilatation bi-manuelle. Version. Coincement de la tête dernière. Fille née en état de mort apparente, ranimée.

L... Elie, 38 ans, crémière, entre le 10 février, à 8 heures du soir.

Pas d'antécédents. Bassin normal.

Deux premières grossesses, la première allant jusqu'à terme; la seconde jusqu'à 7 mois 1/2.

Troisième grossesse, actuelle. Dernières règles le 13 mai, 7 mois 1/2. OIGA. Enfant vivant, membranes rompues, col en voie d'effacement. Une hémorragie assez abondante à l'arrivée. Le doigt arrive directement en avant et à droite sur une surface mollasse, qui semble être le placenta. Des injections vaginales chaudes n'arrêtent pas l'hémorragie. L'interne de service décide l'accouchement méthodiquement rapide Dilatation bi-manuelle longue et assez pénible; au bout de trois quarts d'heure on arrive à la dilatation à peu près complète. Version, le siège se dégage, le tronc, puis les épaules, mais la présence du placenta coïnçant la tête dernière, arrête la suite de l'extraction et pendant un instant fait désespérer d'avoir l'enfant vivant. Enfin la tête est extraite. Fille en état de mort apparente, pesant 2.420 grammes, ranimée au bout de 10 minutes. L'accouchement terminé, l'hémorragie cesse. Délivrance naturelle et complète. Placenta pesant 350 grammes prœvia partiel. Bonnes suites de couches.

Observation XXXI

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia marginal pesant 540 grammes, non hémorragique. Procidence du cordon. Version. Rétention de la tête dernière. Application de forceps impossible. Manœuvre de Mauriceau. Légère déchirure du col. Garçon vivant pesant 3160 grammes.

S... Camille, 29 ans, domestique, entre le 18 septembre à la Maternité de Lariboisière. Pas d'antécédents. Bassin normal. Un accouchement antérieur spontané, à terme.

IIme grossesse. Dernières règles à la fin de décembre, 8 mois 1/2. Sommet assez mobile, OIGP. Poche des eaux volumineuse qui contient tout le cordon dont on sent les battements. Dilatation complète. Un assistant du service rompt les membranes et fait la version par manœuvres inter-

nes : extraction facile du tronc ; au moment du passage de la tête, le col semble se rétracter sur elle, il paraît impossible un instant qu'on la fasse descendre. L'opérateur essaie en vain d'appliquer le forceps sur la tête dernière ; l'introduction des cuillers est impossible. Il essaie la manœuvre de Mauriceau avec un peu d'expression : il extrait un enfant vivant pesant 3160 grammes. Délivrance naturelle complète, le placenta pèse 540 grammes ; il était prævia marginal : c'était lui qui retenait la tête. Légères déchirures du col.

Suites de couches physiologiques.

Observation XXXII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia central partiel, hémorragique. Tamponnement vaginal. Dilatation bi-manuelle. Version. Enfant n'ayant pu être ranimé. (Hémorragie méningée.) Déchirure légère du col.

B... Jeanne, 39 ans, lingère. Entre le 25 novembre. Bonne santé habituelle. Bassin normal. Un accouchement antérieur à terme et spontané, enfant bien portant.

IIme grossesse actuelle : dernières règles le 30 avril, 7 mois 1/2. Quelques hémorragies durant la grossesse. A son entrée (25 novembre, 8 heures 30 du matin), hémorragie abondante ; injection chaude, repos complet. Placenta prævia presque complètement situé au-dessus de l'orifice interne. Enfant vivant. Pouls 88 pulsations, plein. Chloral, sérum, etc... 26 novembre, l'hémorragie s'arrête. ; 2 décembre l'hémorragie reparaît : tamponnement soigneusement fait sous chloroforme : il occasionne de fortes douleurs ; les douleurs continuent. A 10 heures, M. Bonnaire fait l'accouchement méthodiquement rapide ; extraction d'un garçon en état de mort apparente : il semble d'abord vouloir se ranimer par l'insufflation ; il succombe deux heures après sa naissance.

Poids 2160 grammes. L'engagement de la tête s'est fait difficilement ; le placenta étant massé derrière la symphyse pubienne rendait son extraction difficile. Délivrance immédiate.

On reconnaît une légère déchirure du col : tamponnement du segment inférieur à la gaze stérilisée et tamponnement abdominal (ergotine, sérum 500 grammes), suites de couches physiologiques ; la femme sort sur sa demande le douzième jour.

Autopsie de l'enfant : Hémorragie à la face interne de l'épicrâne. La dure-mère est distendue par du liquide. A l'ouverture de la dure-mère, il s'écoule un flot de liquide dont la quantité peut être évaluée à un verre à Bordeaux environ. Le liquide se compose de sang mélangé à du liquide céphalo-rachidien ; il présente un aspect verdâtre. Abondance du liquide à la base du crâne et sous la tente du cervelet.

Observation XXXIII

(Service de M. le Dr Bonnaire.)

Placenta prævia marginal, pesant 600 grammes. — Déchirure du col et du cul-de-sac vaginal postérieur à gauche.

P... Léonie, 49 ans entre le 30 janvier à 3 heures 45 du matin. 4 grossesses antérieures terminées normalement, enfants vivants.

Cinquième grossesse, actuelle ; dernières règles le 19 mars ; à terme ; O I G A. Accouchement normal. Délivrance spontanée complète. Aussitôt après son accouchement, la femme souffre dans le côté gauche de l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque et à la racine de la cuisse. 31 janvier, douleur continue, mais supportable. 1er février, douleur au niveau de la fosse iliaque gauche ; température du soir 38°4. Pratiquant le toucher pour une injection intra-utérine, on sent une solution de continuité au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur à gauche. L'utérus semble désinséré complètement à gauche. Pas de sang liquide,

le doigt sort légèrement teinté de sang. Le toucher combiné au palper est douloureux. On localise facilement la douleur dans la fosse iliaque gauche. Le reste de l'abdomen n'est pas douloureux. Pas de hoquet, pas de vomissements, le facies et le pouls ne sont pas ceux de la péritonite. Drainage à la gaze iodoformée de la plaie du vagin, glace sur le ventre, opium. La température oscille entre 38° et 39° jusqu'au 18 février.

Le 23 février, au toucher on trouve encore, au niveau du cul-de-sac latéral gauche, une fistule assez large communiquant avec la région pelvienne du même côté et donnant issue à quelques caillots. Malgré cela, et en dépit des avis qui lui sont donnés, la femme se trouve bien et sort, le 25 février, sur sa demande.

Observation XXXIV

(Service de M. le docteur Bonnaire).

Placenta prævia latéral hémorragique. Présentation de l'épaule droite. Accouchement méthodique et rapide. Déchirure du col s'étendant au segment inférieur.

T... Marguerite, 25 ans, domestique ; entre à la Maternité de Lariboisière le 5 février, à 10 h. 30 du soir.

A toujours bien marché, bassin normal.

1er accouchement spontané à 8 mois ; 2e à terme et spontané ; 3e actuel.

La femme arrive à 10 h. 30 du soir, en ambulance, envoyée par une sage-femme.

Grossesse de 8 mois à peine, présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure ; dilatation d'une petite paume de main ; membranes rompues depuis le matin (8 heures) ; bruits du cœur fœtal irréguliers, difficilement perçus.

La femme dit avoir commencé à avoir des douleurs la veille dans la soirée (4 février) ; dans la matinée du 5 février, elle

aurait commencé à perdre du sang, des caillots, pertes assez abondantes durant toute la journée.

Température normale, pouls 70.

Dilatation bi-manuelle du col, version par manœuvres internes, extraction d'un garçon en état de mort apparente, ranimé, pesant 2050 grammes.

Délivrance artificielle immédiate, placenta pesant 425 gr. s'insérait à 4 centimètres de l'orifice.

Examen du col : déchirure à gauche remontant un segment inférieur ; tamponnement immédiat du segment inférieur et du vagin à la gaze stérilisée ; tamponnement abdominal.

Après opération, température 38°, pouls régulier, bien frappé, 120 pulsations. La malade est enveloppée de linges chauds ; boissons chaudes alcoolisées.

Suites de couches avec quelques alertes du côté de l'utérus ; finalement, guérison et sortie le 20 mars 1903.

Enfant en bon état relatif, parce qu'il est nettement syphilitique.

Observation XXXV

(Service de M. le docteur Bonnaire)

Placenta prævia partiel hémorragique. Fœtus mort. Dilatation bi-manuelle du col. Version. Délivrance artificielle. Déchirure du vagin intéressant le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac antérieur. L'utérus paraît désinséré en partie. Hémorragie légère. Tamponnement. Mort de la femme.

S... Célestine, 30 ans.

Arrive en ambulance le 13 février, à 11 h. 45 du matin, à la Maternité de Lariboisière.

III pare. Grossesse à terme, sommet mobile en D T, enfant mort.

Placenta prœvia partiel. Hémorragie abondante en ville. Facies décoloré, pouls petit, rapide.

Col long, perméable à 3 doigts.

M. le docteur Bonnaire fait l'accouchement forcé méthodiquement rapide et extrait un garçon mort du poids de 3500 grammes.

Délivrance artificielle immédiate. Injection utérine iodée. Sérum artificiel 1000 grammes.

Durée de l'opération : 25 minutes.

Après l'opération, la malade est entourée de draps chauds, boules d'eau chaude aux pieds, etc.

La malade est calme, elle répond aux questions, se trouve bien.

Température 37°5,

Pouls 140.

On pratique le massage de l'utérus.

A 1 h. 20 la malade semble un peu plus pâle. On prévient immédiatement la sage-femme en chef et l'interne de garde; on introduit la main dans l'utérus et on retire des caillots accompagnant une légère hémorragie : on constate en même temps une déchirure du vagin intéressant le cul-de-sac latéral droit et le cul-de-sac antérieur. L'utérus paraît désinséré de ses insertions vaginales dans toute cette portion.

L'interne fait immédiatement un tamponnement utérin. La femme se plaint de maux de cœur et dit qu'elle étouffe. On lui donne à respirer de l'oxygène. On lui fait une piqûre d'éther. L'utérus se rétracte mal. Piqûre d'ergotine. La malade étouffe de plus en plus. Enroulement de bandes autour des membres inférieurs. Respiration artificielle. Tractions rythmées de la langue.

Le sang a traversé le tamponnement : un filet continu coule en-dehors de la vulve.

Mort de la femme à 4 heures de l'après-midi.

Observation XXXVI

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia partiel hémorragique. Grossesse de 8 mois. Dilatation bi-manuelle du col. Version. Hémorragie pendant la dilatation. Déchirure du col intéressant le segment inférieur.

D..., Pauline, 30 ans, ménagère.

Entre le 11 mai à 11 heures du matin à la Maternité de Lariboisière.

Pas d'antécédents remarquables. Bonne santé habituelle.

Elle a toujours bien marché, son bassin est normal.

3 grossesses antérieures : 2 accouchements à terme et spontanés, 1 avortement de 1 mois 1/2.

4e grossesse, actuelle : Dernières règles au commencement de septembre, 8 mois environ.

Elle se présente à l'hôpital perdant du sang et dit avoir eu une hémorragie en ville. Pas de début de travail. Il existe dans le cul-de-sac postérieur une tumeur qui paraît avoir les caractères d'un placenta et qui sépare le doigt de la tête pendant l'exploration.

13 mai : M. le Dr Bonnaire examine la malade sous chloroforme et constate un effondrement du vagin correspondant au cul-de-sac latéro-postérieur droit, à revoir après l'accouchement.

Dans la nuit du 13 au 14, perte de sang peu abondante.

Dans la nuit du 14 au 15, perte de sang abondante ; écoulement sanguin qui persiste toute la journée.

M. le Dr Bonnaire voit la malade le soir : ne perdant plus en ce moment, elle est surveillée.

Le 16 à 5 heures du matin, la femme recommence à perdre très peu.

Sommet en gauche transverse, très élevé. Bruits du cœur bons.

Le 16 à 10 heures du matin, M. Bonnaire décide l'accouchement forcé : la malade est préparée avec soin et anesthésiée.

A 11 heures 15 du matin intraduction de deux doigts dans le col ; celui-ci a toute sa longueur. Abaissement de l'utérus pour permettre la dilatation. A 11 heures 16, trois doigts, puis quatre. Rupture artificielle des membranes, on est obligé d'aller très haut à gauche pour arriver à rompre la poche des eaux. Le placenta est inséré à droite et en avant, il est partiel. Au début de la dilatation il s'écoule un plat de sang.

A 11 heures 20, la dilatation est suffisante pour aller chercher les pieds : on amène le pied antérieur à la vulve sur lequel on place un lacs. Tractions sur ce pied pendant qu'un aide fait de l'expression abdominale ; extraction assez facile d'un garçon né criant, pesant 3200 grammes.

Il s'est écoulé environ 500 grammes de sang pendant la dilatation.

Délivrance complète immédiate.

En explorant le col après la délivrance, M. Dr Bonnaire découvre une déchirure du col remontant plus haut que l'insertion vaginale, intéressant le segment inférieur du côté droit.

Lavage de l'utérus à l'eau bouillie ; sérum artificiel 1000 grammes ; ergotine. Tamponnement utérine à la gaze, on en insinue dans la déchirure.

Drainage de l'utérus.

Tamponnement abdominal.

Température 37°.

Pouls = 92 puls : il est bon.

La femme ne se plaint pas ; on la surveille étroitement et après quelques alertes assez graves elle se rétablit et peut quitter le service, bien portante, le 16 juin.

Ici l'insertion après avoir déterminé l'hémorragie, gêne l'intervention, la version, d'où une déchirure du col et du

segment inférieur. Cette déchirure se fait à un endroit de moindre résistance, à l'endroit même de l'insertion placentaire (côté droit).

Observation XXXVII

(Service de M. le Dr Bonnaire).

Placenta prævia partiel. Grande hémorragie. Procidence du cordon. Fœtus mort 2850 gr. Basiotripsie. Déchirure du col.

Tr... Adélina entre le 9 mai à 8 heures du soir ; pas d'antécédents. A toujours bien marché : en est à sa quatrième grossesse. La première et la troisième avec accouchement. La deuxième terminée à 7 mois avec enfant mort.

Grossesse actuelle : dernières règles 2 août, O I G A.

8 heures soir, les membranes ont été rompues avant l'entrée : grande hémorragie, col long dilaté comme 2 fr., cordon dans le vagin ; les battements en sont bons. La sage femme en chef refoule le cordon et la main restée dans l'utérus y introduit un tampon de gaze iodoformée. Les bruits du cœur sont bons.

Le 10 à 4 heures du matin, les bruits du cœur deviennent sourds, irréguliers.

A 8 heures du matin, la femme perd un peu ; on n'entend plus les bruits du cœur.

A 10 heures du matin, les bruits du cœur n'étant plus entendus, M. Bonnaire décide d'accoucher la femme. La dilatation n'étant pas complète est rapidement complétée par la méthode bi-manuelle. Ensuite introduction du basiotribe et broiement de la tête.

Après l'opération, M. Bonnaire constate une déchirure du col empiétant un peu sur le segment inférieur.

Bandage et tampon abdominal, immobilité absolue.

Suites de couches physiologiques.

Observation XXXVIII

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia central ; graves hémorragies. Perforation du placenta avec le perce-membranes. Dilatation bi-manuelle du col. Craniotomie.

D... Elisa, 36 ans, journalière, entre le 4 janvier.

Bons antécédents héréditaires, très bonne santé, a marché à 16 mois, toujours bien. Règles à 14 ans.

8 accouchements spontanés à terme d'enfants vivants,

9me grossesse : dernières règles le 14 mai, 7 m. 1/2. Elle a eu subitement dans la nuit du 28 au 29 décembre une hémorragie qui s'arrête spontanément au bout de peu de temps. Nouvelle hémorragie le 2 janvier. Une sage-femme est appelée ! Elle fait un tamponnement. L'hémorragie reparue le matin du 4 janvier. La malade entre dans le service le soir vers 4 heures on lui fait immédiatement une injection de 1000 gr. de sérum.

Présentation du sommet en DT ; on n'entend pas les bruits du cœur du fœtus. Une heure après son arrivée dans le service, 5 h. 10, M. Bonnaire examine la malade puis la fait placer en travers du lit, et pendant qu'on continue le sérum il fait l'accouchement méthodiquement rapide.

Au début de l'opération (5 h. 1/4) le col a toute sa longueur quoique entr'ouvert de 2 centimètres 1/2 environ. Le placenta en occupe toute l'aire. M. Jeannin fixe le fond de l'utérus pour en présenter le segment inférieur aux mains de l'opérateur.

Nulle part on n'arrive sur les membranes et on ne peut ouvrir l'œuf avec le pince membranes qu'à travers la masse placentaire. Sitôt la dilatation suffisante M. Bonnaire va chercher le pied gauche du fœtus et l'abaisse à la vulve. Le siège

est extrait lentement puis le tronc et les bras. La tête, dernière, est retenue par le placenta qui forme taquet. On l'abaisse avec peine et l'occiput étnat en avant derrière la symphyse, M. Bonnaire perfore le crâne avec le perforateur de Blot, par la voie sous-occipitale pendant que M. Jeannin continue les tractions sur le tronc fœtal, manœuvre qui amène la sortie de la tête. La bouche du fœtus est pleine de placenta. Il en est du reste sorti des morceaux pendant l'extraction de l'enfant. Sitôt après la naissance le placenta est expulsé à l'aide d'expression.

Suites de couches.

4-5 janvier la malade a passé une bonne nuit. Elle n'a pas perdu depuis son accouchement. Ventre non douloureux. T^e^ du matin 37°8 et 134 pulsations.

Elle a pris :

1 pot, thé au rhum.

1 todd.

3/4 de bouteille de champagne, on la passe à l'isolement.

6 janvier : temp. matin 39°3. Injection intra-utérine iodée, calomel 1 gr., glace sur le ventre, lait, bouillon, todd, temp. soir 38°8.

7 janvier, T^e^ matin 36°8, soir 37°3. Injection intra-utérine iodée matin et soir glace sur le ventre, lait, bouilllon, etc.

8 janvier. T^e^ normale, injection intra-utérine iodée matin et soir : même traitement.

9 janvier. T^e^ normale, même traitement.

10 janvier. T^e^ normale, même traitement, descendue dans le service.

A la sortie, le 23 janvier, l'état de la mère est bon.

Observation XXXIX

(Service de M. le Dr Bonnaire)

Placenta prævia partiel hémorragique. Accouchement forcé. Version podalique. Petite quantité de liquide amniotique. Engagement du placenta en même temps que le fœtus. Placenta entièrement décollé expulsé avant la sortie de la tête. Enfant asphyxié. Quelques troubles infectieux pendant les suites de couches.

B... Alexandrine, 24 ans, marchande de quatre-saisons, ouvrière.

Entre à Lariboisière dans le service de M. Bonnaire, le 28 janvier, à 11 heures 30 du soir.

III pare. Les deux premiers enfants sont morts en bas âge de méningite.

Elle a eu des hémorragies à répétition, pendant presque toute la durée de sa grossesse, dit-elle, depuis le début.

Le 28 janvier à 6 heures du soir hémorragie soudaine indolore et considérable : plus d'une cuvette de sang; elle demande l'ambulance.

Arrivée à 6 heures 1/2 à Lariboisière, elle perd toujours du sang. Grossesse d'environ 8 mois, sommet mobile en G T; col long, dilatable comme 1 franc, membranes intactes; bruits du cœur fœtal irréguliers, difficilement perçus; température 37°5, pouls 84, état syncopal, extrémités refroidies; suintement sanguin abondant et continu; on arrive, par le toucher, sur une masse placentaire : placenta prœvia partiel.

M. Bonnaire décide d'accoucher la femme par sa méthode ; la dilatation bi-manuelle du col dure 20 minutes.

On n'arrive sur les membranes qu'à une dilatation presque complète, à une dilatation de 5 francs un fragment du placenta tombe dans le vagin.

A 1 heure 10 du matin (29 janvier), version par manœuvres internes; le pied gauche est saisi en fléchissant le jarret : cette manœuvre est rendue difficile par la trop petite quantité du liquide amniotique ; abaissement du pied, extraction du siège : le placenta s'engage en même temps et apparaît à la vulve ; dégagement des épaules ; le placenta tombe à ce moment ; dégagement de la tête.

Enfant en état de mort apparente (asphyxie blanche), pas de battements de cœur. On pratique l'insufflation pendant 2 heures sans succès. Poids 2 kg 750.

La femme n'a pas perdu de sang au cours de l'intervention : on lui a fait 500 grammes de sérum artificiel. Etat général meilleur, pouls 92. Elle se réchauffe. Caféine.

Pendant les suites de couches, on observe plusieurs fois de la fièvre 39° ; mais l'état reste bon.

La malade sort sur sa demande le 9e jour, le 7 janvier 1903.

CONCLUSIONS

I. — L'insertion vicieuse du placenta est un des accidents les plus dangereux auxquels les femmes soient exposées pendant leur grossesse (M^me^ Lachapelle) : quand il y a hémorragie, les femmes meurent dans la proportion de 10 à 20 pour 100 et les enfants dans la proportion d'un tiers.

II. — On ne doit pas rapporter cette grande mortalité seulement à l'hémorragie, mais considérer qu'elle est grave surtout suivant les autres accidents que peut causer le placenta prœvia.

III. — Le placenta prœvia peut être funeste sans provoquer d'hémorragie.

IV. — Quand il est inséré bas, le placenta gêne les phénomènes physiologiques de l'accouchement. Cause de l'insuffisance des contractions, cause de rupture de la poche des eaux, il met obstacle à la dilatation du col.

V. — Il gêne surtout les phénomènes mécaniques par la perturbation que sa masse apporte aux phénomènes de l'accommodation. Les présentations vicieu-

ses sont plus graves et plus fréquentes que d'ordinaire, et aussi les déchirures utérines, les ruptures du périnée. Enfin l'infection utérine, la phlébite surviennent souvent.

VI. — Du côté du fœtus, l'insertion vicieuse occasionne la naissance prématurée et la débilité congénitale; nous la voyons de plus être une cause d'asphyxie fréquente (décollement, compression, expulsion de l'arrière-faix avant l'enfant, procidence du cordon). Dans les présentations vicieuses causées par le placenta, le fœtus succombe plus souvent.

VII. — La délivrance présente des dangers sérieux. L'inertie utérine, avec adhérence parfois anormale, retarde le décollement des membranes: il y a souvent rétention des membranes, point de départ possible de l'infection.

VIII. — L'accouchement artificiel est plus pénible que d'ordinaire. La rupture des membranes, la dilatation du col, le forceps, la version présentent ici des difficultés particulières.

IX. — Il faut donc tenir compte dans le pronostic de l'hémorragie de ces complications dues elles aussi au placenta. Il faut encore craindre le placenta prævia quand il n'est pas cause d'hémorragie.

X. — Dans le traitement, on s'attaquera aux difficultés particulières par des moyens appropriés variables suivant les cas; le plus souvent surtout

quand il y aura hémorragie, c'est à *l'accouchement méthodiquement* rapide de M. Bonnaire qu'on devra recourir pour n'avoir que le minimum d'accidents du côté de la mère et de l'enfant.

Vu :
Le Président :
CORNIL.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Auby. — *Thèse*, Paris, 1904.

Barnes. — (1847-1858-1879-1892).

Bitot (Paul). — Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. *Thèse*, Paris, 1880.

Bonnaire (E.). — Placenta prœvia hémorragiquement et accouchement méthodiquement rapide. *La Presse médicale*, n° du 14 août 1897,

Budin (P.). — in Bitot (Paul). *Thèse*, Paris, 1880.

— in Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des accouchements*. Paris 1898.

Cazeaux. — *Traité théorique et pratique des accouchements*. Paris. 1840.

Chambrelent. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1902, page 412.

Demelin. — Annales de la société obstétricale de France, 1893.

Dubrisay (L.) et C. Jeannin. — Précis d'accouchement, Paris, 1903,

Duncan (Mathews). — Sur le mécanisme de l'accouchement normal et pathologique... etc. traduit par P. Budin. Paris, 1876.

Guillemeau (J.). — De l'heureux accouchement des femmes. Où... etc.. Paris, 1609-1620,

Jacquemier. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. Paris, 1846.

Kiliau. — Die Geburtslehre van seitein der Wissenschaft und Kunst, 1872.

Lachapelle (Mme). — Pratique des accouchements, etc.. Paris, 1821-1825.

Levret (A.). — L'art des accouchements... Paris, 1761.

— Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux. Avec remarques. Paris, 1762.

Mauriceau (F.). — Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. Paris, 1712-1721.

Maygrier (J. P.). — Nouveaux éléments de la science et de l'art des accouchements. Paris, 1814-1817.

Nocton. — De la procidence des membres dans l'accouchement. *Thèse*, Paris, 1904.

Osiander. — Commentatio de causa insertionis placentæ in uteri orificium, etc., Gôtt, 1782.

Puzos. — *Traité des accouchements...* Paris, 1759.

Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. — Manuel de Pathologie externe. T. I. Paris, 1900.

Ribemont-Dessaignes (A.) et G. Lepage. — Précis d'Obstétrique. Paris, 1900.

Simpson. — Edimburgh Monthly Journal of medical science, 1845.

Clinique obstétricale et gynécologique, traduction par Chantreuil. Paris, 1874.

Spiegelberg. — Lehrbuch, d. gebur., 1878.

Stoltz. — Dictionnaire de Médecine et Chirurgie pratiques : Jaccaud. Paris, 1870 (Article-Dystocie).

Tarnier (S.) et Budin (P.). — *Traité de l'Art des accouchements*, Paris, 1898 (Avec le concours de MM. Bonnaire, Ch. Maygrier, Tissier, P. Bar).

Sens. — Imp. Miriam, 1, rue de la Bertauche